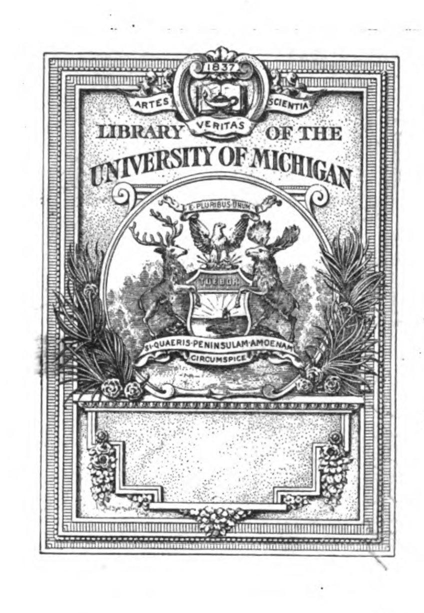

C 3 9015 00339 555 8
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Inhalts-Verzeichnis

für

„Medicinische Blätter“

XXXI. Jahrgang 1908.

Berichte aus Kliniken, Spitälern, Originalartikel. Feuilletons usw.

Autoren.

Literaturauszüge.

Gesellschaftsberichte und Kongresse.

Literarische Besprechungen (allgemeinen Inhaltes).

Literatur.



Aus der Praxis.

Ferner in jeder Nummer Personal- und Universitätsnachrichten, Notizen, Eingesendet usw.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von

Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 1. Wien, 4. Jänner 1908. **Nr. 1.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über die Möglichkeit, das Klima zu beeinflussen.*)

Von **Dr. Witte**, Kudowa.

Die Vorzüge eines günstigen Klimas haben von jeher nicht nur in der Balneologie eine große Rolle gespielt. Sie sind in der Literatur ungezählte Male beschrieben und von den Dichtern mit begeisterten Worten als unvergleichliches Geschenk einer gütigen Natur gepriesen worden.

Die wissenschaftliche Forschung hat allerdings diese Verhältnisse mit etwas kritischeren Augen betrachtet und das Klima im wesentlichen als die natürliche Folge der Einwirkung der Sonne auf die feste und flüssige Erdoberfläche und ihre gasförmige Umgebung, die Atmosphäre, und als das Resultat des Zusammenwirkens dieser Faktoren erklärt.

Die für die menschliche Gesundheit wertvollen Eigenschaften gewisser Klimate sind in der Medizin seit langer Zeit wohl bekannt. Das Verdienst, sie im einzelnen erforscht, präzisiert zu haben, gebührt hauptsächlich den Balneologen, und die Klimatotherapie gilt heute mit Recht als ein wichtiges Kapitel der Balneologie. Verschiedene Heilfaktoren, welche ursprünglich zweifellos rein klimatotherapeutische waren, sind von den Ärzten aufgenommen, zum Teil weiter ausgebildet worden und sind heute, als ins Gebiet der physikalischen Heilmethoden gehörig anerkannt, wie die Schwitzprozeduren, die Sandbäder, die Inhalation; und daß Finsen, der die Lichttherapie eigentlich erst zu Ansehen gebracht hat, gerade aus Island stammte, ist gewiß nicht bloß ein eigenartiger Zufall, sondern weist darauf hin, daß man in der künstlichen Nutzbarmachung derartiger Kurformen besonders dort erfinderisch war, wo die örtlichen klimatischen Verhältnisse den betreffenden Heilfaktor vermissen ließen, was auch ganz erklärlich ist. Ein künstliches Lichtbad ist im Grunde nichts anderes als ein Sonnenbad, wie man es im Süden täglich auf dem Dache seines Hauses haben kann, ein zu therapeutischen Zwecken geschaffenes, modifiziertes Klima, dessen Einwirkung der kranke Organismus systematisch ausgesetzt wird. Wenn auch unserm Sprachgebrauch der Begriff „Klima“ mit diesem Sinne der örtlichen Beschränkung nicht geläufig ist, so würde doch die Bezeichnung „Wetter oder Witterung“ im Verlaufe der folgenden Abhandlung durchaus nicht immer das Richtige treffen und ich muß hier gleich wegen des Mangels eines in jedem Falle ganz geeigneten Ausdrucks um Entschuldigung bitten.

Jedenfalls sind uns Beispiele einer ziemlich scharfen, geographischen Lokalisation klimatischer Verhältnisse bekannt aus den Ergebnissen der neueren klimatologischen Forschung, die uns überhaupt sehr viel feinere Unterschiede und Nüancierungen des Klimas kennen gelernt hat, als man sie früher annahm. Gerade in Kurorten hat man z. B. Gelegenheit, Beobachtungen darüber zu machen, was es bedeutet, wenn das Frühjahr an einem Orte 8—14 Tage eher eintritt, als an einem anderen nur wenige Stunden davon entfernten, wenn dann bis zum Eintritte des eigentlichen Sommers und ebenso im Herbste das Thermometer im Durchschnitt 1—2 Grade höher steht, oder wenn andere elementare Ereignisse, Witterungsumschläge und dergl. den einen Platz erfahrungsgemäß weniger, den anderen mehr treffen. In den Kreisen der Kurorteinteressenten hat man daher die Wichtigkeit selbst geringfügiger klimatischer Unterschiede längst erkannt, bringt sie in den Statistiken der Badeprospekte nach Möglichkeit zur Geltung und würde sicherlich viel daran wenden, um sich die Vorzüge anderer, klimatisch begünstigterer Plätze gleichfalls zu verschaffen.

In den folgenden Betrachtungen soll nun die Frage untersucht werden, wie weit das Klima einer Örtlichkeit künstlich zu beeinflussen sein könnte und was man durch eine derartige Beeinflussung zu erreichen erwarten darf.

Es soll von vornherein kein Zweifel darüber gelassen werden, daß die Entstehung des Klimas in den wichtigsten Punkten jeder menschlichen Einwirkung absolut entrückt ist, vor allem die jeweilige Stellung des Sonnenballes zu dem einzelnen Punkte der Erdoberfläche, wonach wieder die Dauer der Tage, der Lauf der Sonne am Himmelsgewölbe und ihr höchster Stand an jedem Mittag sich regeln, sowie der Gang der Jahreszeiten und der dadurch hervorgebrachte Klimawechsel mit unabänderlicher Gesetzmäßigkeit vor sich gehen.

Noch ein zweiter, zwar viel weniger konstanter, aber doch äußerst wichtiger Faktor des Klimas ist unserer Be-

*) Vortrag, gehalten am 35. schles. Bädertag 1907.

einflussung unzugänglich, die Beschaffenheit der atmosphärischen Luft in ihrer höchst veränderlichen Durchlässigkeit für die Sonnenstrahlen, mit anderen Worten, die Bewölkung und deren Folgen.

Wir können ebensowenig den Regen hindern, wie wir die Sonne scheinen lassen können: wir können nur einen Einfluß darauf ausüben, daß sie bei klarem Himmel nicht durch Bäume usw. verdeckt wird, und das ist für einen Kranken manchmal sehr wichtig. Die Schaffung sonniger Spazierwege an kühlen Sommertagen, und für die Herbstsaison mit ihrer überhaupt viel spärlicheren Besonnung wird für unsere Kurorte ein dankbares, wesentlich gartenbautechnisches Problem sein, das zwar seine Schwierigkeiten hat, weil für die eigentliche Sommerszeit gleichzeitig schattige Wege eine Notwendigkeit sind, das aber bei uns bis jetzt nicht die Lösung gefunden hat, die unter geschickter Benutzung der örtlichen Verhältnisse möglich wäre. Die oberitalienischen Kurorte, die allerdings mit einer Wintersaison rechnen, nützen den klimatischen Effekt der Sonne entschieden besser aus.

Mit der Wolkenbildung innerhalb der die Erde umgebenden Atmosphäre steht im engsten Zusammenhange die Entstehung der Luftströmungen, der Winde. Auch auf die Bildungen der Luftströmungen haben wir absolut keinen Einfluß, aber wir können uns ihrer, zwar nur örtlich, dafür jedoch sehr vollkommen, erwehren. Die in unserem Klima häufig zu machende Beobachtung, daß an der windgeschützten Südfront eines Hauses der Weinstock gedeiht, während er sonst überall verkümmert, ist nicht nur ein augenscheinlicher Beweis, daß an dieser Stelle günstigere klimatische Bedingungen herrschen als selbst in der nächsten Umgebung, sondern auch ein Beispiel dafür, daß das Klima durch gewisse Maßnahmen beeinflußt werden kann. Die Möglichkeit, auf diese Weise die klimatischen Bedingungen einer bestimmten Örtlichkeit ganz bedeutend zu verbessern, ist meines Wissens nirgends systematisch ausgenützt, während man die Vorteile eines gegen Norden vorgelagerten Gebirgszuges sehr wohl zu würdigen versteht. Eine zusammenhängende Häuserreihe oder eine Mauer mit Südfront würden natürlich nicht gegen jede Windströmung Schutz gewähren, aber doch die unangenehmen nördlichen Winde in einem für Spaziergänger gerade ausreichenden Bezirk bis zur Unmerklichkeit abschwächen können.

Bezüglich der Qualität der Atmosphäre kommt für das Klima weiter in Betracht ihre Temperatur, der früher in seinem Werte sehr überschätzte Ozongehalt, die Beimengungen von anderen Gasen und von Staub, sowie der Feuchtigkeitsgehalt der Luft. Die Temperatur der Atmosphäre ist Sonnenwirkung, Ozongehalt und anderweitige gasige Beimengungen, von denen nur die CO_2 nennenswert wäre, will ich hier übergehen.

Dagegen sind der Staub- und Feuchtigkeitsgehalt der Luft zwei für die gesundheitliche Bewertung eines Klimas schwerwiegende Faktoren, die im gewissen Zusammenhange stehen.

Staubentwicklung tritt bekanntlich nur bei Trockenheit ein, wenn auch späterhin solche staubführende atmosphärische Luft sich mit anderen feuchten Luftströmungen mischen und dadurch wasserhaltig werden kann. Sobald aber diese mit Feuchtigkeit gesättigte staubige Atmosphäre durch irgend einen Umstand, z. B. durch Eintreten der Nacht, unter den Taupunkt abgekühlt wird, fällt der Überschuß an Feuchtigkeit als Niederschlag zu Boden und reißt den Staub mit sich. Die so gereinigte Luft ist dann immer noch mit Feuchtigkeit gesättigt, und nicht mit Unrecht gilt eine solche Atmosphäre gesundheitlich als besonders wohltuend, weil sie eben vollkommen staubfrei ist, obgleich, wie gesagt, eine feuchte Luft gelegentlich auch staubhaltig sein kann. Umgekehrt gilt eine trockene Luft als ungesund, weil sie — an sich ist das aber nicht unbedingt nötig — meist Staubteile enthält, und zwar umsomehr, je trockener sie ist. Trockene, staubfreie und dabei zugleich warme Luft soll es überhaupt nur in der Wüste geben. Auf der nach der Beschreibung von Reisenden und Kranken unvergleichlichen physiologischen Wirkung einer solchen Atmosphäre, auf deren Eigenschaften ich hier nicht eingehen kann, beruht der klimato-therapeutische Wert Ägyptens, speziell für Nierenkranke.

(Fortsetzung folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

Die Einladung der Stadt Köln, die nächstjährige Versammlung dort abzuhalten, wurde den Mitgliedern der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte vorgelegt und akzeptiert. Professor v. Wettstein wird als erster Vorsitzender diese Versammlung vorbereiten und leiten. Abends gaben die städtischen Behörden im Ausstellungsgebäude einen Empfang.

Neue Behandlung des Lungenemphysems.

Aufsehen erregten die Mitteilungen von Päßler und Seydel in Dresden, sowie von Stieda, Halle, über die

Feuilleton.

Geisteskrankheiten und Alkoholismus in Italien.

Auf dem Kongresse der italienischen Irrenärzte, der im September dieses Jahres in Venedig stattfand, wurden die Ergebnisse einer von den Doktoren Amaldi, Montesano und Seppilli veranstalteten statistischen Untersuchung bekannt gegeben, die sich auf das Verhältnis der Geisteskrankheiten zum Alkoholismus bezog: Berichterstatter war der Direktor der Irrenanstalt in Florenz, Dr. Amaldi. Die Grundlage der Untersuchung war eine an sämtliche Irrenanstalten Italiens im Wege von Fragebogen gerichtete Umfrage, die von 43 Anstalten mehr oder weniger ausführlich beantwortet worden sind, sechs Anstalten haben keine Antwort gegeben. Die Enquete umfaßte das Triennium 1903—1904—1905. Die erste Frage bezog sich auf die Zahl der Geisteskrankheiten infolge des Alkoholismus u. zw. zunächst auf die alkoholischen Geisteskrankheiten. Unter 38.764 Aufnahmen in den 43 Anstalten (22.168 Männer, 16.596 Frauen) waren 3398 alkoholische Geisteskrankheiten, 3075 unter den Männern, 323 unter den Frauen; der Prozentsatz ist: 8·8% unter sämtlichen Aufnahmen, 13·8% unter den Männern, 1·9% unter den Frauen.

Unter den einzelnen Anstalten steht Ancona mit 17·3% unter sämtlichen, 26·3% unter den männlichen Aufnahmen an der Spitze, während Genua-Stadt mit 5·4% unter den Frauen die höchste Zahl aufweist. Die Zahlen sinken allmählich herunter, bis endlich Messina überhaupt keine alkoholischen Geisteskranken verzeichnet.

Die zweite Frage, die sich auf die Geisteskrankheiten nichtalkoholischer Art, die jedoch auf alkoholischer Ätiologie beruhten, bezog, wurde nur von 26 Anstalten beantwortet. Unter 23.915 Aufnahmen (13·763 Männer, 10.153 Frauen) waren 2256 auf alkoholischer Ätiologie basierende Fälle, darunter 1904 männliche und 352 weibliche, d. i. 9·4 im ganzen, 13·8 männliche, 3·4 weibliche. Summiert man die Zahl der alkoholischen Psychosen und die auf alkoholischer Ätiologie beruhenden, nicht alkoholischen Geisteskrankheiten, wodurch man also die Zahl aller durch Alkohol verschuldeten Geisteskrankheiten in den 26 Anstalten erhält, so ist wiederum die höchste Ziffer in Ancona: nicht weniger als 40·5% aller dort aufgenommenen Kranken verdanken ihre Erkrankung dem Alkohol. Durchschnittlich betrug diese Zahl 18·2 bei allen Aufnahmen, 27·6% bei den Männern, 5·3 bei den Frauen.

Nach Provinzen geordnet steht Piemont dem Durchschnitte des ganzen Landes am nächsten. Etwas ungünstiger ist das Verhältnis in Umbrien, verschlechtert sich in Ligurien, Venetien und der Lombardei, um in den Marken mit 15·4% den Gipfel zu erreichen. Toskana, Sardinien und Emilia stehen etwas unter dem Durchschnitte, noch günstiger liegen

chirurgische Behandlung des Lungenemphysems, welche bisher nur wenigemale versucht worden ist. Es wurden zwei geheilte Fälle vorgestellt. Diese neue kühne Therapie beruht auf der Therapie von W. A. Freund, Berlin, daß Lungenemphysem durch eine starre Ausdehnung des Brustkastens durch Verknöcherung der Rippenknorpel entsteht. Von diesen Rippenknorpeln werden die zweite bis sechste Rippe weggeschnitten, in einem Falle auch die erste, entweder einseitig oder, wie im zweiten Falle, auch doppelseitig. Die vorher durch schwere Atemnot fast invalid gewordenen Männer zwischen 40 und 50 Jahren wurden wieder arbeitsfähig, und hatten fast keine Atemnot mehr, es bestand gute Ein- und Ausatmung, keine Erweiterung des Brustkastens mehr, auch war Erhöhung des Luftfassungsvermögens vorhanden. Notwendig ist eine sorgfältige Auswahl der Fälle. Wenn bereits Herzschwäche oder andere Komplikationen, namentlich von seiten der Lungen bestehen, ist Aussicht auf Erfolg nicht mehr vorhanden. Man soll deshalb nicht zu lange warten und solche Fälle ausschließen, die mit chronischem Luftröhrenkatarrh verbunden sind. Kraus, Brünn, warnt vor übertriebenen Hoffnungen. Zuerst muß stets eine systematische innere Behandlung längere Zeit versucht werden. Die doppelseitige Operation sei bedenklich, da es fast nie zu entscheiden sei, ob die Verknöcherung der Rippenknorpel das Anfangsstadium oder ein Folgezustand sei. Hofbauer, Wien, hält die Methode für physiologisch nicht genügend begründet und berechtigt, zumal bei Emphysematikern das Zwerchfell oft Muskelschwund hat. Zurzeit sind noch zu wenig Erfahrungen vorhanden, um ein endgültiges Urteil über den Wert dieser Behandlung fällen zu können.

Säuglingsernährung.

In der Sektion für Kinderheilkunde hielten Professor Pfaundler und Dozent Dr. Moro, München, eine Reihe von Vorträgen über die Physiologie und Pathologie der Säuglingsernährung, die, wegen der Originalität und voraussichtlich großen Bedeutung der Ergebnisse, seitens der Gesellschaft mit großem Beifall aufgenommen wurden. Die Vortragenden erklärten den Mißerfolg der künstlichen Ernährung und die Pathogenese der Verdauungsstörungen im Säuglingsalter mit dem Mangel „tropholytischer Komplemente" (Stoffe von fermentartigem Charakter) im Blute. Mit der Muttermilch werden diese Substanzen, die bei der Zellernährung vermutlich eine große Rolle spielen, dem unfertigen, jugendlichen Organismus zugeführt. Die Untersuchungen haben ihren Ausgang genommen von der bekannten Ehrlichschen Seitenkettentheorie. Sie zeigten in ihrem weiteren Verlaufe die nahen Beziehungen, die zwischen den Vorgängen der Ernährung und Immunität einerseits, sowie zwischen den Ernährungsstörungen und den Infektionskrankheiten andererseits bestehen dürften.

Der erste Kriegsverband.

Regimentsarzt Dr. Heinrich Freund, Reichenberg, sprach über dieses wichtige Thema: Ausgehend von den Forderungen, die man an den ersten Kriegsverband stellen muß, beschrieb der Vortragende die diesbezüglichen Vorsorgen für den ersten Kriegsverband in den modernen Armeen. Zuerst demonstrierte er Verbandpäckchen und speziell das neue österreichische Modell 1907. Hierauf wurde die Methode des Harzklebeverbandes von Öttingens, den derselbe mit gutem Erfolge im russisch-japanischen Kriege angewendet hat, erörtert. Diese Methode wurde von Professor Heusner in die Friedenspraxis eingeführt, mit der Änderung, daß derselbe zur Deckung der Wunde einen Harzspray verwendet, auf welchen ein einfacher wolliger Stoff als Wundverbandmittel geklebt wird. Diese einfache Methode wurde für den Wundverband mit Erfolg im Stephans-Hospital in Reichenberg angewendet. Sie ist jedoch als Kriegsverband in der Hand des Soldaten nicht verwendbar. Für diese Zwecke eignet sich nur ein einfacher Heftpflasterverband in entsprechender Packung. Der Vortragende demonstrierte für den Feldgebrauch des Soldaten berechnete Heftpflasterverbände in entsprechender Packung als Verbandpäckchen.

*

Regimentsarzt Dr. Mattauschek, Wien, sprach „Über einige Rasseneigentümlichkeiten der Wehrpflichtigen Bosniens und der Herzegowina". Der Vortragende skizzierte kurz die Resultate seiner umfangreichen, mehr als zehnjährigen Beobachtungen, welche im wesentlichen darauf hinausgehen, daß bei dem genannten Soldatenmaterial auffallend viele Neurosen, speziell Hysterie und Epilepsie, zu finden sind, während die Anzahl der beobachteten Geisteskrankheiten prozentuell um die Hälfte geringer ist als bei den anderen Heeresangehörigen. Nebst der bekannten geringen körperlichen Leistungsfähigkeit und erhöhten Disposition für eine Reihe von infektiösen Erkrankungen lassen sich bei denselben zahlreiche typische Entartungszeichen nachweisen. Die Frage nach der Ursache der zweifellosen Degeneration dieses Volkes beantwortete Vortragender in dem Sinne, daß die erst seit kaum 20 Jahren im Lande wirkende Zivilisation diesbezüglich kaum in Betracht kommt, daß die Hauptbedingungen

---

die Verhältnisse im südlichen Italien (Abruzzen, Calabrien und Campania), während Sizilien nach dem Berichte als immun erscheint (Amaldi begleitet diese Mitteilung mit einem Fragezeichen.)

Die Zahl der alkoholischen Geisteskrankheiten ist seit 1896 in absoluter und höchstwahrscheinlich auch in relativer Zunahme begriffen.

Bezüglich der Rezidivität verzeichneten die 42 Anstalten auf 3357 Fälle von alkoholischen Psychosen 1110 Rezidiven, d. i. im Durchschnitte 33%. Es zeigen sich aber große Unterschiede; im Irrenhause zu Cuneo beträgt die Zahl der Rezidiven 54% aller Aufnahmen, in denen von Teramo, Parma und Bologna in Imola jedoch nur 22%. Die Zahl der Rezidiven ist bei den Männern um ein geringes höher als bei den Frauen.

Die darauf folgende Zusammenstellung nach Berufen ist ohne Wert, da nicht gleichzeitig das Verhältnis der Berufsgattungen unter der Bevölkerung angegeben ist. Interessant ist das Überwiegen der bei der Hauswirtschaft beschäftigten Frauen, also der Dienstboten usw., zu denen wohl auch Kellnerinnen, Köchinnen usw. gerechnet sein werden. Nicht weniger als 57·0% aller weiblichen alkoholischen Geisteskranken gehörte diesem Berufe an.

Unter den Lebensaltern standen die Dezennien von 30—40 und 40—50 in erster Linie. Während bei den Männern die Jahre von 30—40 etwas stärker beteiligt waren, standen umgekehrt bei den Frauen die von 40—50 an erster Stelle.

Die Frage bezüglich der Heredität beantworteten 35 Irrenanstalten mit 2937 Aufnahmen. Sie verzeichneten

a) direkte erbliche Belastung durch Alkoholismus . . . . 561—19·1% der Fälle,
b) indirekte erbliche Belastung durch Geisteskrankheiten . . . . 739—25·1% der Fälle.
c) indirekte erbliche Belastung durch andere Faktoren . . . . . 308—10·4% der Fälle.

Was die klinischen Formen der Erkrankungen anbelangt, so waren 123—4·0% der Fälle Delirium tremens, 1563—51·9% akute Formen von Verrücktheit, 1049—34·8% chronische Formen von Delirium und 210—6·9% chronische Formen mit Paralyse. Der Ausgang war in 1110—35·7% der Fälle Heilung, in 935—30·1% Besserung, 539—17·4% der Fälle blieben unverändert, 372—11·9% endeten mit Tod.

Zum Schlusse haben 33 Anstalten festgestellt, daß unter 1498 Fällen von progressiver Paralyse (1155 bei Männern, 345 bei Frauen) 149—12·9% ausschließlich und 416—36·0 teilweise durch den Alkoholismus herbeigeführt worden waren, das sind im ganzen 48·9% aller Fälle von Paralyse bei Männern. Unter den 345 Fällen bei Frauen waren 20—5·8% ganz, 100—29·0% teilweise, im ganzen 34·8% durch Alkohol verschuldet.

der Entartung in diesem Falle in ethnologischen, sozialen und in anderen im Volke seit langer Zeit wirkenden pathogenen Momenten zu suchen sind.

*

Dr. Werndorf, Wien, sprach über die Bedeutung der Röntgenaufnahmen bei tuberkulöser Hüftgelenksentzündung. Dr. Schick, Wien, über Herzstörungen bei Scharlach, Dr. Samuely, Karlsbad, über eine neue Theorie der menschlichen Psyche, Dozent Dr. Richter, Prag, über auffallende Variationen bei einer farblosen Diatomie, Dozent Dr. Rainer, Wien, Versuche zur Verhütung der Fettembolie (Verstopfung der Gefäße durch Fettmassen).

(Fortsetzung folgt.)

Der Internationale Kongreß für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege.

Dieser nach dem Umfang der auf ihm behandelten Materien bis jetzt ohne Vorbild dastehende Kongreß, der eine volle Woche in Anspruch nahm, wurde in Gegenwart des königlichen Paares im Konzertgebäude in Amsterdam am 2. September eröffnet. Aus allen Teilen der Welt, selbst aus Südamerika, hatten sich Gelehrte und Ärzte, darunter Männer von hervorragendem Rufe eingefunden, und es waren deshalb auch, was den Empfang und die Ehrungen der fremden Gäste betrifft, umfassende Vorbereitungen getroffen worden. Die Begrüßungs- und Eröffnungsrede wurde vom Justizminister van Raalte ausgesprochen, der, wie sich kaum anders erwarten ließ, ein besonderes Gewicht auf denjenigen Teil der Arbeiten legte, die in strafrechtlicher Hinsicht erwartet werden konnten. Nach ihm bestieg der Vorsitzende des Kongresses, Professor Dr. Felgersma, Leiden, die Tribüne und schilderte in längerer Rede den unter dem Zeichen der Nervosität stehenden Charakter unserer Zeit, dessen Ursachen er in den gegen frühere Zeiten vollständig veränderten wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen des Lebens suchen zu müssen glaubte, Verhältnissen, in die sich der Mensch mittels des ihm angeborenen Anpassungsvermögens einzuleben habe, wobei ihm der Psychiater, der ebenso Psycholog wie Arzt sein muß, als Führer und Berater zur Seite stehe.

Wie Dr. van Wayenburg, der Generalsekretär des Kongresses, in der letzten im Theatersaal des Kurhauses in Scheveningen gehaltenen Sitzung mitteilte, waren ursprünglich 805 Mitglieder eingeschrieben, von denen 522 erschienen; es befanden sich 267 Ausländer darunter, während 20 Regierungen, 2 einzelne Provinzen, 6 Städte und 48 wissenschaftliche Vereine vertreten waren. Die Verhandlungen erfolgten in den Räumen des städtischen Universitätsgebäudes, männliche und weibliche Studenten der Medizin waren beim Sekretariatsdienste behilflich.

Der Kongreß teilte sich in die Gruppen: 1. Psychiatrie und Neurologie, 2. Psychologie und Psychophysik, 3. Irrenpflege. Selbstverständlich ist es vollständig ausgeschlossen, nur erwähnungsweise den Inhalt der Verhandlungen im Rahmen einer Zeitung unterzubringen, ein großer Teil eignet sich überdies nur für Fachblätter.

Aus der Abteilung Psychiatrie und Neurologie soll folgendes hervorgehoben werden. Über die Wirkung des Alkohols auf das Gehirn sprachen Dr. Mott, London, und Dr. P. Schröder, Breslau. Ersterer führte aus, daß diese Wirkung des Alkohols nicht so sehr von seiner Art und Menge und der Zeit, während deren er genossen werde, abhänge, sondern vielmehr von der Persönlichkeit des Genießenden, seinem Temperament und seiner organischen Beschaffenheit; auch sei es schwer, zwischen den Folgen der Erblichkeit und des Alkoholismus zu unterscheiden. Es kommen Formen vor, wo alle physischen Symptome verschwinden, aber später, nach dem Genuß von Alkohol, zurückkehren, und ebenso Formen, wo beim Patienten, selbst wenn er dem Einfluß des Alkohols schon lange entzogen ist, die physischen Erscheinungen nicht mehr verschwinden. Dr. Schröder hält dafür, daß der Begriff Alkoholpsychose sehr schwer zu bestimmen sei, weil wir über die Ursachen der Geistesstörungen im allgemeinen noch sehr wenig wissen; beinahe niemals könne ausschließlich der Alkohol als Erreger der hier in Frage kommenden Krankheiten betrachtet werden, denn auch beim delirium tremens müsse noch ein zweiter Faktor sein, durch den die Krankheit in die Erscheinung tritt. Irrsinn und Alkoholismus bei einer und derselben Person ist häufig nur eine Komplikation, auch nicht auf Alkohol beruhende Geistesstörungen kommen häufiger bei Trinkern als Nichttrinkern vor. Bei Degenerierten, einerlei ob sie trinken oder nicht, kommen oft an Wahnsinn grenzende Vorstellungen vor, die durch den Genuß von Alkohol stärker in den Vordergrund treten. Prof. Jonet, Paris, las sein Referat über Neue Theorien über die Entstehung der Hysterie vor. Eine physiologische Theorie fehle noch, aber in allen Fällen müsse eine Definition der Hysterie einen psychologischen Charakter haben. Denselben Gegenstand behandelte dann noch Professor Aschaffenburg, Cöln, und Dr. Jung, Zürich, worauf Professor Dr. Jelgersma, Leiden, der Versammlung sechs Thesen über Hysterie, ihre Symptome und ihre Ursachen vorlegte.

Aus der zweiten Abteilung (Psychologie und Psychophysik) ist ein Vortrag von Frl. Marie Rabbinowitsch zu nennen, die darlegte, wie man mit einem elektrischen Strome Tiere vollständig gefühllos machen könne, wodurch die schwersten Operationen durchaus schmerzlos würden. Außerdem machte sie Mitteilungen über den Tod durch Elektrizität und erzählte, daß es ihr gelungen sei, Tiere, bei denen durch den elektrischen Strom Herz und Lunge stille standen, durch rhythmische Einwirkungen bestimmter Ströme wieder ins Leben zurückzurufen, worauf Mac Donald, New York, die Art und Weise, wie Verbrecher durch Elektrizität hingerichtet werden, beschrieb und dabei als seine Absicht zu erkennen gab, nach seiner Rückkehr nach Amerika die Methode von Frl. Rabbinowitsch an einem hingerichteten Verbrecher anzuwenden und diesen wieder lebendig zu machen. (?)

Dr. Marro, Turin, behandelte die Psychologie der Pubertät, wobei er die Verschiedenheit der Symptome, die bei beiden Geschlechtern während dieser Zeit zutage treten, darlegte; Dr. Wynandts Francken, Amsterdam, den Unterschied des Träumens bei Männern und Frauen; er hat 300 Personen, Männern und Frauen, auf gedruckten Formularen 45 Fragen vorgelegt, aus deren Beantwortung sich ergab, daß Frauen häufiger träumen als Männer, auch die intensiven Traumerscheinungen sind bei den letzteren stärker, ebenso das Erinnerungsvermögen an den Inhalt der Träume.

Der Vorsitzende der dritten Sektion, die sich mit der Pflege der Irrsinnigen befaßte, war Dr. Ruysch, Haag. Zuerst sprach Dr. van Deventer, der Inspektor der Irrenanstalten im Königreiche der Niederlande, über das verpflegende Personal, seinen Unterricht, seine Rechte und Pflichten. Daß eine gute Verpflegung die Hauptsache ist, hat man erst einsehen gelernt, seitdem man die Irrsinnigen als eigentliche Kranke betrachtet. Jeder Pfleger muß die für sein Fach notwendigen Kenntnisse besitzen, seine Persönlichkeit und sein Charakter spielen eine große Rolle. Zuerst müssen sie, ehe sie zur Praxis zugelassen werden, einen tüchtigen theoretischen Unterricht erhalten, der Unterricht muß sich auf Haushaltung und Küche, Warenkenntnis und weibliche Handarbeiten erstrecken, männliche Pfleger sollten ein Handwerk gelernt haben, um die Arbeiten der Verpflegten zu leiten. Der vorbereitende Unterricht soll drei Jahre dauern, damit man die Pfleger und ihre Fähigkeiten richtig beurteilen lernt. Der Unterricht muß unter allen Umständen unter Staatsaufsicht stehen, nach jedem Kurs wird ein Staatsexamen abgelegt. Leitung und Überwachung des Unterrichtes muß einem psychiatrisch gebildeten Arzte übertragen werden. Nachtdienste dürfen nur von examinierten Pflegern geleistet werden. Ihre Besoldung ist in Übereinstimmung mit der des übrigen Personales festzustellen, durch Krankenkassen und Altersversorgungsfonds wäre ihre Zukunft



sicherzustellen. Verschiedene Redner machten über die in ihrer Heimat auf diesem Gebiete herrschenden Zustände Mitteilungen, aus denen hervorging, daß in manchen Staaten noch das meiste zu wünschen übrig bleibt, und als einige Redner bezweifelten, daß ein allen modernen Anforderungen entsprechendes Pflegesystem so rasch eingeführt werden könne, verwies Dr. Ruysch, Haag, auf die Niederlande, wo der Minister van Houten vor zehn Jahren in einem Rundschreiben auf verschiedene Mißstände in der Irrenpflege aufmerksam gemacht habe, die dann auch sofort abgestellt worden seien. Zu einem interessanten Zwischenfall führte die Besprechung der Irrenpflege durch katholische Orden. Zwei katholische Geistliche aus Belgien waren auf dem Kongresse erschienen. Zwischen ihnen und einigen Kongreßmitgliedern kam es zu bemerkenswerten Erörterungen. Man hielt den Geistlichen vor, daß die Ausbildung von Ordensmitgliedern für die Krankenpflege in jeder Hinsicht eine äußerst mangelhafte sei und daß z. B. der Bischof von Gent den Barmherzigen Schwestern in seinem Sprengel verboten habe, einem Kurse der niederländischen Vereinigung für Psychiatrie beizuwohnen. Wie man weiß, geht der Zug unserer Zeit dahin, auch bei der Irrenpflege die konfessionelle Scheidung einzuführen, sicher nicht zum Glücke der Leidenden. (Schluß folgt.)

III. Referate.

Über Kombinationsbehandlung bei bösartigen Neubildungen. Von Karl Beck, New York.

Nach Beck könne die Röntgentherapie die erprobte chirurgische Dynamik nur ausnahmsweise ersetzen. In den meisten Fällen fällt ihr nur eine aushilfsweise oder mitwirkende Bedeutung zu. Dieselbe kann allerdings von vitaler Wichtigkeit sein, im großen und ganzen aber ist ihr die moderne Technik der ausgiebigen Exstirpation des Brutortes überlegen. Er tritt dafür ein, beide Methoden sollen miteinander gehen und sich gegenseitig ergänzen. Das Wesen der von B. befolgten Methode fußt auf folgenden Prinzipien:

1. Möglichst ausgedehnte Exstirpation der malignen Neubildung mit Anstrebung der prima Intentio. Bei großen Defekten möglichste Deckung durch gleichzeitige sorgfältige Plastik. Nach Verlauf einer Woche intensive Röntgenbestrahlung in zweitägigen Intervallen bis zur Reaktion.

2. Bei vorgeschrittenen Neubildungen, wie wir sie speziell öfter beim Karzinom der Brust finden, ist der geschaffene Defekt offen zu belassen, so daß gleich nach der Operation täglich bestrahlt werden kann. Nach einer Woche sind die Ränder dann durch die sekundäre Naht (Seide) zu vereinigen. Nach einer weiteren Woche ist die Bestrahlung wieder aufzunehmen. Sobald Reaktion eintritt, ist die Behandlung zu unterbrechen.

3. Im Anfange ist die Bestrahlung stets in Verbindung mit Diaphragma vorzunehmen, da die Wirkung auf den ursprünglichen Herd viel intensiver ist. Später ist es vorzuziehen, einen möglichst großen Radius der Umgebueg zu bestrahlen, also ohne abzudecken. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 42, 1907.)

*

Über die Tuberkulinreaktion nach Pirquet. Von Prof. Ad. Czerny, Breslau.

Cz. meint, daß bei der Anwendung der Tuberkulinreaktion nach Pirquet am menschlichen Körper Prozesse sich geltend machen, welche den positiven oder negativen Ausfall der Reaktion beeinflussen und dadurch ihren diagnostischen Wert herabsetzen; so gäbe es Fälle von Miliartuberkulose und tuberkulöser Meningitis, bei denen die Reaktion negativ bleibt, andererseits gibt es Fälle, in denen sie positiv ausfällt, und bei denen sich intra vitam und post mortem keine Tuberkulose nachweisen läßt.

Da sich gezeigt hat, daß die Erwachsenen nahezu ausnahmslos auf die kutane Tuberkulinreaktion positiv reagieren, so kann mit derselben eine Tuberkuloseangst geschaffen werden, welche durchaus nicht gerechtfertigt ist. Selbst wenn das positive Ergebnis der Pirquetschen Untersuchungsmethode den sicheren Schluß gestatten würde, daß der Untersuchte mit Tuberkulose infiziert sei, so haben wir kein Recht, dies dem Betroffenen ad oculos zu demonstrieren, so lange wir aus dem Ergebnis der Tuberkulinreaktion keine weiteren Konsequenzen ziehen können, als daß der Untersuchte infiziert sei. Die tuberkulöse Infektion, ohne progrediente destruktive Tuberkulose dem Laien bekannt zu geben, hätte nur dann Zweck, wenn wir ein Mittel hätten, die Tuberkelbazillen, wo immer sie im Körper stecken mögen, zu vernichten. Da uns ein solches Mittel fehlt, so ist auch die Diagnose der latenten Tuberkuloseinfektion nicht notwendig und bei ängstlichen und nervösen Menschen sogar schädlich.

Ein interessantes Beispiel der schweren Vereinbarkeit von wissenschaftlichen Interessen mit deren Verwertung in der ärztlichen Praxis ist folgendes: Moser machte den Vorschlag, Ammen mit der Tuberkulinreaktion nach Pirquet zu untersuchen, um die Verwendung tuberkulös infizierter Ammen auszuschalten. Dieser Vorschlag stieß auf Widerspruch, weil alle Ammen auf Tuberkulin positiv reagieren. Es wäre also mit einem Schlage die ganze Ammenfrage erledigt.

Vorläufig scheint der Wert der Pirquetschen Methode darin zu liegen, daß sie gegenüber der bisher üblichen subkutanen Einverleibung von Tuberkulin ungefährlich ist, und sowohl bei Fiebernden wie auch bei Nichtfiebernden angewendet werden kann. Ferner liegt die Möglichkeit vor, mit ihrer Hilfe zu erfahren, wann die Infektion mit Tuberkulose erfolgt. Säuglinge, die nicht tuberkulös sind, reagieren gewöhnlich nicht; Kinder, welche dem Pubertätsalter nahe sind, schon in der überwiegenden Mehrzahl. Wenn also Kinder in verschiedenen Zeitabschnitten regelmäßig untersucht werden, so wird es möglich sein, die Zeit der Infektion und damit auch den Weg derselben zu ermitteln. So viel läßt sich jetzt schon behaupten, daß die Annahme Behrings, nach welcher die Tuberkuloseinfektion in der überwiegenden Zahl der Fälle durch die Nahrung bereits im Säuglingsalter stattfinden soll, unhaltbar ist. Auch die Frage nach der Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose wird sich mit Hilfe der Pirquetschen Methode präziser wie bisher beantworten lassen. Es wird bestätigen, daß sie noch seltener vorkommt, als man nach den Angaben einzelner Forscher erwarten dürfte. (Allg. med. Zentralzeitung Nr. 45, 1907.

*

Über Spermatocystitis gonorrhoica. Von Dr. Tschumakow. Um eine Erkrankung der Samenbläschen zu diagnostizieren, ist eine mikroskopische Untersuchung des Samens notwendig. Man erhält ihn durch vorsichtige Massage der erkrankten Samenbläschen oder durch natürliche Ejakulation. Schon mikroskopisch sind kleine schwärzliche Punkte zu bemerken, die sich unter dem Mikroskop als Blutungen erweisen. Vordem muß natürlich die Urethra gründlich ausgewaschen werden.

Der normale Samen enthält lebendige Spermatozoen, Epithelien, Lezithinkügelchen, Spermakristalle in Form von langen Nadeln. Bei Gonorrhoe der Samenbläschen sieht man eine Menge Eiterkörperchen, Gonokokken, tote Spermatozoen und als besonderes Charakteristikum eine große Menge Blutkörperchen, frische und veränderte, auch Blutpigment, das in runden Zellen eingeschlossen ist.

Während bei der Spermatocystitis acuta Pollutionen mit Blut gemengt das Kardinalsymptom bilden, verschwinden sie bei der chronischen Form, aber in der Samenflüssigkeit läßt sich immer Blut nachweisen, auch in ganz alten Fällen. Ein anderes Anzeichen ist eine starke Empfindlichkeit oberhalb der Prostata, häufiger auf der linken Seite, dort wo die Samenbläschen liegen; bei Hochstand derselben gelingt es nicht immer, sie zu erreichen; die Resistenz, die das erkrankte Samenbläschen den untersuchenden Fingern bietet, ist größer als beim gesunden. Die Ejakulation ist von unangenehmen Empfindungen begleitet, in frischen Fällen von schneidenden Schmerzen, die den Orgasmus zurückhalten. Die Kranken empfinden nicht nur keine Befriedigung, sondern

werden mißmutig und das Gedrücktsein dauert bis zum anderen Tage. Die Folgen einer Erkrankung der Samenbläschen sind sehr traurig: Ejaculatio präcox, Impotenz, Spermatorrhoe und stark ausgeprägte Neurasthenie. Häufig kommen noch Komplikationen hinzu, wie Prostatitis und Epididymitis mit all ihren oft sehr quälenden Erscheinungen.

Die Prognose einer chronischen Spermatozystitis ist nicht sehr glänznnd, da Rezidive oft vorkommen; besonders ist die Impotenz danach sehr hartnäckig und trotzt der besten Therapie.

Im akuten Stadium ist eine Krankenhausbehandlung oder im Sanatorium viel besser und bequemer als eine ambulatorische. Die Behandlung per urethram ist meistenteils nicht angebracht, da sie die Schmerzen vermehrt und nur sehr vorsichtig angewandt werden kann. Als lokale Therapie kommen Bäder, Duschen, Suppositorien mit Jodkali und heiße Darmbougies in Betracht. Intern muß tonisierend und stärkend durch Arsen, Eisen, Mastkuren gewirkt werden. (Russ. med. Rundschau Nr. 10, 1907.)

*

Die Elektrotherapie der Kreislaufstörungen. Von Dr. Hornung.

H. hat seit der Zeit 1150 Fälle in seiner Anstalt behandelt, hat wochen- und monatelang im innigsten Konnex mit seinen Patienten gelebt und so seine Beobachtungen machen können. Und diese waren in dem allergrößten Teile der behandelten Fälle günstig. H. kann und will aber keine Krankengeschichten mitteilen, weil diese kein richtiges Bild von der speziellen Wirkung der Elektrizität als therapeutisches Agens geben würden.

Ein Sanatorium für Herzkranke muß nach seiner Ansicht ein Krankenhaus, eine wohleingerichtete Klinik sein, die alle Mittel zur Sicherung der Diagnose ebenso darbietet, wie alle therapeutischen Hilfsmittel, über die unsere Wissenschaft verfügt.

Wenn wir sehen, daß die Wechselstrombäder in jedem Falle die Wirkung haben, ungünstige Blutdruckverhältnisse zu verbessern, so liegt es nahe, zu untersuchen, auf welche Weise diese Wirkung zustande kommt. Bekanntlich ist der Blutdruck abhängig einmal von der Herzkraft, mit der das Blut in die Gefäße geworfen wird, und vom Widerstande, den die Gefäßwände ihm darbieten. Ein physiologischer Widerstand ist immer durch den Tonus der Arterien gegeben, der in gewissen Grenzen schwankend, als Hilfskraft des Herzens einen beträchtlichen Anteil an der Fortbewegung des Blutes hat. Änderungen des Blutdruckes können nun von beiden Faktoren, Herz- und Gefäßsystem aus hervorgerufen werden. Tritt bei gleichbleibender Herzarbeit eine Erhöhung des Tonus in der Peripherie ein, so steigt der Blutdruck, tritt eine Herabsetzung des Tonus ein, so sinkt er. Ebenso tritt bei gleichbleibendem Tonus mit sinkender Herzkraft der Blutdruck und steigt mit stärkerer Herzkraft. Es ist nicht leicht zu entscheiden, ob in unseren Fällen die günstigere Gestaltung des Blutdruckes von einer Verstärkung der Herztätigkeit oder von einer Tonisierung der Gefäße abhängt. Keinesfalls scheint eine direkte Wirkung des elektrischen Stromes auf das Herz die Ursache der beobachteten Erscheinungen zu sein. Es liegen nämlich in der Literatur eine ganze Reihe von Mitteilungen über direkte Faradisation des Herzens vor, so von den Herren Ludwig Hoffa, Einbrot, Bayer, Dreschfeld, Romberg und Krehl. Aus allen Beobachtungen ergibt sich, daß bei schwachen Strömen überhaupt keine Reaktion eintrat, bei stärkeren der Herzschlag beschleunigt, die Ventrikelkontraktion unvollständig wird, der arterielle Druck sinkt und schließlich Delirium cordis eintritt. Zu ähnlichen Resultaten führten Versuche, die Ziemssen und Kronecker bei angeborener Thoraxspalte beim Menschen machen konnten. Die direkte Wirkung der Faradisation kann also nicht in Frage kommen. Nun wissen wir, daß Hautreize reflektorisch die Herztätigkeit anregen können, und es wäre nicht von der Hand zu weisen, daß es auch bei unserer Beobachtung der Fall wäre. Jedoch konnte H. keine Möglichkeit finden, einen solchen Einfluß mit Sicherheit nachzuweisen.

Eine sehr wichtige Beobachtung, die man häufig machen kann, ist die, daß sich Herzen mit schlaffer Dilatation im Bade zuweilen recht beträchtlich verkleinern. Diese zuerst von H. gemachte und sehr oft orthodiagraphisch festgelegte Beobachtung ist später von Benedict, Büdingen und Geissler, Raab, Franze, Tiles u. a. bestätigt worden. Man hat dieses Faktum verschieden zu erklären gesucht. Tiles meint, daß ähnlich wie die Körpermuskelfasern sich fortwährend kontrahieren unter dem Einflusse des elektrischen Stromes, so auch die Herzmuskelfasern, und daß dann der Herzmuskel in seiner Gesamtheit durch die fortwährenden Kontraktionen seiner Fibrillen sich allmählich zusammenziehe. Dieser Anschauung widersprechen die oben erwähnten Versuche von Ziemssen, Kronecker usw. Büdingen und Geissler sind der Ansicht, daß die Zuckungen der Muskelfibrillen nach Art einer Saug- oder Druckpumpe wirken und so das Herz entlasten. H. kann sich dieser Auffassung nicht anschließen. Bei der geringen Stromstärke, mit der er die Bäder verabreichte, sind die Zuckungen der Muskelfibrillen ganz minimal und können nur einen ganz lokalen Effekt auf die Blutbewegung haben, der den allgemeinen Blutdruck nicht zu verändern in der Lage ist. Immerhin ist es ja möglich, daß Büdingen und Geissler die Stromstärke so erhöhen, daß weite Muskelgebiete des Körpers zucken; aber auch dann könnte der beobachtete Effekt kaum eintreten. Wohl wissen wir, daß der arbeitende Muskel stärker durchblutet wird als der ruhende; das am kauenden Masseter des Pferdes vorgenommene Experiment ist ja bekannt. Aber die stärkere Durchblutung des Masseter ist physiologisch eng begrenzt durch die Anzahl der Kaubewegungen, die das Pferd überhaupt zu machen vermag, und die von der Ermüdbarkeit des Muskels abhängig ist.

Bekanntlich unterscheidet die moderne Herztherapie herzschonende und herzübende Behandlungsformen. Nach dem vorher gesagten ist wohl ohne weiteres die Behandlung mit faradischem und sinusoidalem Strome als eminent herzschonende Behandlung anzusprechen. H.s Auffassung wird durch Beobachtungen aus der Praxis gestützt. Er hatte mehrfach Gelegenheit, Fälle zu übernehmen mit sehr schwer dekompensierten Herzen, die bei Kohlensäurebädern, bekanntlich eine Übungsbehandlung, unter der Leitung erfahrener Ärzte, kollabiert und in die äußerste Gefahr geraten waren. Bei der elektrischen Behandlung trat nichts dergleichen ein. Im Gegenteil, die Kranken erholten sich, teilweise in sehr kurzer Zeit und wurden hergestellt. In der Möglichkeit, diese schwer dekompensierten Herzen noch mit Erfolg, und zwar mit nachhaltigem Erfolg zu behandeln, liegt der große Vorzug, den die Wechselstrombäder vor den Kohlensäurebädern verdienen und der ihnen wohl eine bleibende Stätte in unserem Schatze therapeutischer Hilfsmittel sichert.

Was die Erkrankungen betrifft, die für die Behandlung mit Wechselströmen am besten geeignet sind, so sind es die unkomplizierte Herzmuskelinsuffizienz, auch schwersten Grades, nach Infektionskrankheiten, Intoxikationen, Überanstrengung usw., Herzfehler mit beginnender Kompensationsstörung, beginnende Arteriosklerose, chronische Myokarditis, die Herz- und Vasoneurosen. H. macht einen Unterschied in der Anwendung des faradischen und des sinusoidalen Stromes. Den faradischen Strom wendet er an bei leicht erregbaren, bei unterernährten, anämischen, schwachen Patienten und bei solchen mit hohem Blutdrucke.

Oft kann man in diesen Fällen später zu sinusoidalen Bädern übergehen, die wegen ihres häufigeren Polwechsels brüsker wirken und deshalb von vornherein nur für kräftige, nicht nervöse Individuen ohne erhöhten Blutdruck geeignet sind. Irgendwelche Gefahren bringt die Behandlung nicht mit sich, wenn man auf den Zustand der Nieren achtet. Außer den oben erwähnten zwei Fällen sah H. bei den Zehntausenden von Bädern, die er verordnete, niemals irgend einen üblen Zufall eintreten.



Zum Schlusse seiner Ausführungen möchte er noch auf ein Feld verweisen, auf dem die Wechselstrombäder eine günstige Einwirkung versprechen; er möchte sie wegen ihrer Vasomotorenwirkung empfehlen zur Badebehandlung bei Infektionskrankheiten statt der kalten Bäder. H. läßt sich zu dieser Empfehlung nicht nur durch theoretische Erwägungen bestimmen, sondern er konnte schon 1901 in dieser Zeitschrift über günstige Erfolge bei der Behandlung von herzkranken Pneumonikern berichten. Seine Mitteilung scheint aber damals ohne Beachtung geblieben zu sein, und er möchte deshalb hier die Bitte um Nachprüfung wiederholen. (Münch. med. Wochenschr.)

IV. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 21. November 1907.

Hermann v. Schrötter und Maximilian Weinberger zeigen eine Kranke mit ungewöhnlich frei verschieblichem pleuritischen Exsudate. Vor 3 Jahren rechtsseitiges pleuritisches Exsudat, das öfters punktiert wurde. Gegenwärtig ergibt die Untersuchung das Vorhandensein eines pleuritischen Exsudates, dessen Grenze bei sitzender Stellung im Bette hinten am Schulterblattwinkel und in der rechten Axilla an der fünften Rippe ist, während bei der gewöhnlichen Untersuchung in liegender Stellung der Kranken die Dämpfung erst im fünften Interkostalraume beginnt. Es ist ein Fall von sehr hochgradiger Verschieblichkeit des pleuritischen Exsudates, welche auch im Röntgen-Bilde zu sehen ist, wenn sich die Pat. auf die linke Seite legt; in diesem Falle fließt das Exsudat nach unten, gegen das Mediastinum hin, ab, das Diaphragma und die Lungenhelligkeit erscheinen frei; letztere vergrößert sich inspiratorisch, indem das Diaphragma hinabsteigt.

Emil Schwarz fragt, ob es durch die Untersuchung festgestellt wurde, daß ein Exsudat vorliegt.

Maximilian Weinberger erwähnt, daß eine vorgenommene Probepunktion eine hellgelbe, wenig getrübte Flüssigkeit ergab; dieselbe hat ein spezifisches Gewicht von 1018 und gibt, mit einigen Tropfen Salpetersäure versetzt, dichte, schwere, zu Boden sinkende Flocken. Die Annahme eines auf tuberkulöser Basis entstandenen pleuritischen Exsudates ist gerechtfertigt.

Emil Pins hat einige Fälle von Perikarditis mit sehr massenhaftem Exsudate beobachtet, welches den linken unteren Lungenlappen vollkommen komprimierte und eine Infiltration desselben oder Pleuritis vortäuschte.

Julius Bartel demonstriert einen tuberkulösen Tumor des Querkolons nach Art des tuberkulösen Ileozökaltumors mit Ulzeration und Polypenbildung sowie Stenose des Kolons. Narbenstenose des Pylorus infolge Verlötung der Pars pylorica mit dem Querkolon.

Leo Heß und Paul Saxl: Einwirkung des Arsens auf die Autolyse. Die Vortragenden teilen eine Beobachtung mit, die sie zu machen Gelegenheit hatten. Injiziert man Organe mit arseniger Säure, stellt sie in den Brutschrank und läßt sie einige Tage stehen, so bleiben diese weit besser konserviert, als wenn man mit einem anderen Antiseptikum, z. B. Toluolwasser, injiziert. Diese Beobachtung und die bekannte Tatsache der besseren Konservierung von Arsenleichen brachte sie auf den Gedanken, ob nicht auch die Autolyse in spezifischer Weise durch die arsenige Säure gehemmt werde. Die Vortragenden entnahmen einem frisch getöteten Kaninchen die Leber, wogen in Wägegläschen mehrere kleine Portionen ab und versetzten sie mit der gleichen Menge physiologischer NaCl-Lösung. Die Leberportionen wurden aufs feinste mit der Schere zerschnitten; eine Anzahl dieser Leberportionen wurde mit 5 *cm*³ einer überschüssigen arsenigen Säure (1·5 : 100·0) versetzt; alle Portionen wurden mit 2 *cm*³ Toluol beschickt. Die gut verschlossenen und durchgeschüttelten Gefäße wurden in den Brutschrank gesetzt und einzelne Portionen nach 1, 2, 5, 8 Tagen untersucht; gleichzeitig wurde durch Züchtungsversuche die Sterilität festgestellt, die sich immer vorfand. Der Grad des postmortalen Eiweißabbaues, der Autolyse, wurde nach der von Schlesinger ausgearbeiteten Methode bestimmt. Die gemachten Versuche zeigten nun in großer Übereinstimmung eine Hemmung der Autolyse durch arsenige Säure. Diese Hemmung macht sich nur in den ersen Phasen der Autolyse geltend; hier beträgt sie nur 100—300%; in den späteren Phasen verschwindet sie und die Leberportionen autolysieren wie die normalen Organe. Daß die Hemmung nur zeitlich und nicht dauernd ist, ist als ein Beweis dafür anzusehen, daß die arsenige Säure nicht die Zelle oder deren Eiweiß schädigt, sdndern nur das Ferment. Später läßt die auch fermenthemmende Wirkung nach und die Proteolyse schreitet ungehindert ihrem normalen Ende zu. Die hemmende Wirkung der arsenigen Säure vollzieht sich schon bei Anwesenheit von Spuren derselben. Die Hemmungswirkung auf das autolytische Ferment ist eine spezifische: Verdauungsversuche von Pepsin, Trypsin und Erepsin unter Zusatz von reichlichen Mengen arseniger Säure ergaben keine Beeinflussung dieser Fermente durch die arsenige Säure. Atoxyl- und Kakodylzusatz hemmten die Autolyse der Leberzellen ebenfalls bedeutend.

Nur noch eine Substanz wirkt spezifisch hemmend auf das autolytische Ferment, nämlich das Chininum muriaticum. Chinin und Arsen haben einige Ähnlichkeit in ihrer pharmakologischen Wirkung, denn beide sind Eiweißsparer, beide Antiprotozoika. Weiters die parallele Einwirkung auf die Autolyse der Zellen. Auch konnte man in dem Befunde der Hemmung der Autolyse durch Arsen eine Erklärungsmöglichkeit für die eiweißsparende Wirkung im Organismus und eventuell für die wachstumhemmende Wirkung auf Tumoren sehen. Im Gegensatze zu Arsen wirkt Phosphor begünstigend auf die Autolyse. Trotzdem ist das Endproduktivum der Arsen- als auch der Phosphorvergiftung eine allgemeine Zellverfettung. Die Lösung dieser Frage beschäftige derzeit die Vortragenden.

Carl Reicher findet in den Befunden der Vorredner ein Gegenstück zu den Untersuchungen von Ascoli, nach dessen Ansicht kolloidale Metalle die Autolyse beschleunigen.

Emil Saxl erwidert darauf, daß der Befund Ascolis, daß kolloidales Arsentrisulfid die Autolyse fördert, mit ihren Befunden nicht in Widerspruch stehe.

Hermann v. Schrötter bemerkt, daß die Arsentherapie das Wachstum maligner Neoplasmen einschränke.

Hermann Teleky empfiehlt subkutane Injektionen von arseniger Säure, die zuweilen günstige Wirkung auf die Resorption geschwollener Lymphdrüsen zu haben scheinen.

i. m.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 28. November 1907.

Otto Grüner demonstriert ein neunjähriges mit Chorea behaftetes Mädchen mit Arsenmelanose. Nach Gebrauch von Solutio Fowleri (im ganzen etwa 40 *g* in 16 Wochen). Die Prognose ist gut, sie schwindet fast immer nach Aufhören der Arsenmedikation spontan. Von Morbus Addisonii ist die Arsenmelanose durch das Fehlen von Schleimhautflecken und von Allgemeinsymptomen leicht zu unterscheiden.

Carl v. Noorden will die Arsenmelanose als Warnungssignal betrachtet wissen, denn gar nicht so selten schließen sich Zeichen von Arsenintoxikationen später an.

Emil Eisenschitz macht auf das Propylamin als empfehlenswertes Mittel bei Chorea aufmerksam.

Demeter Galatti erwähnt, daß Simonini in Modena gegen schwere Fälle von Chorea Paraganglin mit gutem Erfolge anwende.

Mathilde Lateiner demonstriert Präparate eines Falles von Ösophagusatresie (von einer drei Tage alt



gewordenen Frühgeburt (kombiniert mit einer Kommunikation zwischen dem unteren Anteile der Speiseröhre und der Trachea. Der obere Anteil des Ösophagus stellt ein sackförmiges Gebilde dar, das der hinteren Wand des Larynx und der Trachea anliegt und dessen unteres blindes Ende in der Höhe des achten Trachealknorpels steht. Sondiert man den unteren Teil des Ösophagus vom Magen aus, so gelangt der Sondenknopf in die Trachea in der Höhe der Bifurkation; die hintere Wand des Ösophagus setzt sich in die hintere Trachealwand unmittelbar fort, so daß der Ösophagus eine Verlängerung der Trachea bildet.

Julius Tandler unterscheidet nach den Untersuchungen Forssners zwei Arten der Ösophagusatresien, die einen sitzen an den verschiedensten Punkten der Speiseröhre und sind oft mit Trachealfisteln kombiniert.

Lieber demonstriert einen 14 Tage alten Säugling, bei welchem kurz nach der Geburt wegen beiderseitiger Struma Stenosenerscheinungen auftraten. Dieselben treten unmittelbar nach dem ersten Bade auf und verschwinden, wenn man unter den Nacken des Kindes eine Rolle legt, um neuerlich nach Entfernung der Rolle aufzutreten. Nach 4 Tagen war die Struma bedeutend zurückgegangen und bestanden nur Spuren von Stenose.

Theodor Escherich erwähnt, daß die Anschwellung der kongenitalen Struma nach der Geburt nach warmem Bade ein sehr häufiges Vorkommnis ist. Blutafflux bedingt sie und Applikation einer Eiskrawatte beseitigt sie oft plötzlich. Später tritt dann eine spontane Verkleinerung der Struma ein.

Ludwig Jehle: Die orthotische Albuminurie im Kindesalter. Nach Jehle ist die Ätiologie dieser Erkrankung noch ungeklärt, die einen sehen in derselben nur eine Steigerung der physiologischen Albuminurie, andere eine pathologische Erscheinung mit oder ohne Nierenläsion. v. Noorden bezeichnet sie als Diabetes albuminosus, andere ziehen zur Erklärung die Änderung der Blutdruckverhältnisse beim Liegen und Stehen oder eine tuberkulöse Erkrankung der Niere heran. Vortr. glaubt nun sechs Kinder mit orthotischer Albuminurie demonstrieren zu können, deren Untersuchung die Frage klären könnte. Die Kinder scheiden nur im Stehen Eiweiß aus, jedoch nicht im Gehen oder Laufen oder wenn sie im Sitzen eine der stehenden ähnliche, vollkommen senkrechte Stellung einnehmen. Die reichlichste Eiweißausscheidung erfolgt beim Knien des Kindes, sie fehlt, wenn es beim Knien auf seinen Unterschenkeln sitzt. Bei diesen Stellungsänderungen wird die Kyphose der Lendenwirbelsäule zur Lordose, und sobald letztere erscheint, tritt auch sofort die Albuminurie auf. Steht der Pat. mit leicht gebeugtem Rücken, ist kein Eiweiß im Harn, dieses tritt sofort auf, wenn das Kind gerade aufrecht steht. Fixierte er den Pat. in leicht gebeugter Stellung durch einen Beckengürtel, eine Halskrawatte und ein zwischen ihnen gespanntes Band, so trat trotz Gehens und Stehens durch Tage keine Eiweißausscheidung ein, wohl aber sofort, wenn das fixierende Band gelöst wurde. Ließ Vortr. ein Kind im Stehen eingipsen und im Bette liegen, blieb die Eiweißausscheidung weiter bestehen. Wird eine Stellung eingenommen, bei welcher die Lendenlordose verstärkt wird, erscheint sofort die Eiweißausscheidung, bei Verringerung der Lordose wird sie geringer. Es zeigte sich also, daß die Lordose ein auslösendes Moment der orthotischen Albuminurie darstellt, und zwar wahrscheinlich eine besondere Art der Lordose, welche ihre stärkste Krümmung nicht so wie die natürliche Lordose am 3. und 4., sondern am 1. und 2. Lendenwirbel zeigt. Vortr. glaubt, daß dieselbe eine Folge der Schwäche der Lendenmuskulatur ist, da es sich um schwächliche oder rekonvaleszente Kinder handelt. Vortr. glaubt, daß durch die Lordose entweder direkt oder indirekt eine Abknickung der Nierengefäße erfolgt, infolge welcher es zu einer Störung des Blutzuflusses, wahrscheinlich zu einer Stauung in der Niere und Eiweißausscheidung kommt. Eine anatomische Läsion der Niere ist bei orthotischer Albuminurie auszuschließen, da letztere durch Aufhebung der Lendenlordose sofort schwindet.

Karl v. Noorden ist der Ansicht, daß die Mitteilungen des Vortr. sicher das wichtigste und interessanteste sind, was die letzten Jahre zur Frage der orthostatischen Albuminurie gebracht haben. Also läßt sich zwar nicht aus den mechanischen Verhältnissen erklären, z. B. warum Albuminurie in manchen Fällen nur an gewisse Stunden, z. B. an den Vormittag gebunden ist, weiters warum der mit Essigsäure fällbare Eiweißkörper so oft und oft in überragender Menge auftritt.

Alois Strasser betont analog der Angabe des Prof. v. Noorden die in der Literatur hervorgehobene streng zyklische Form der orthotischen Albuminurie, welche, wie aus einer Äußerung von Wunderlich hervorgeht, in einer Zeit, in welcher Albuminurie gewöhnlich nicht besteht, wie in den Abendstunden, oft durch brutale Eingriffe (z. B. Kälte) nicht zu provozieren ist.

Tandler hat die demonstrierten Kinder untersucht und an ihnen eine nicht den normalen Verhältnissen entsprechende Lordose der Lendenwirbelsäule gefunden. Es ist klar, daß damit die hochinteressanten Experimente Jehles eine anatomische Grundlage gewinnen. Da solche Wirbelsäulenformen auch bei erwachsenen Personen vorkommen, sollten solche Menschen auf die Funktion ihrer Nieren untersucht werden. Ob diese Lordosenform von der Beckenneigung allein oder noch von anderen Faktoren abhängt, vor allem aber, inwiefern sie imstande sei, die Eiweißausscheidung zu veranlassen oder nur zu ihr zu prädisponieren, wird erst die Fortsetzung der interessanten Untersuchungen Jehles lehren.

Escherich hält die Angaben Jehles für einen großen Fortschritt in der Lehre der orthotischen Albuminurie. Jehles Versuche zeigen in unzweifelhafter Weise, daß nicht die vertikale, die orthostatische Körperhaltung, sondern die Lordose der Lendenwirbelsäule das auslösende mechanische Moment der Albuminurie ist, weswegen diese in Zukunft nicht mehr als orthotische, sondern als lordotische Albuminurie bezeichnet werden sollte.

Auch Julius Mannaberg anerkennt, daß nach den Versuchen Jehles der Haltung der Wirbelsäule die Hauptrolle zufällt. Zweifelhaft erscheint ihm jedoch, daß dem Zustande ein dauernder anatomischer Faktor zugrunde liegen sollte, da es bekannt ist, daß die orthotische Albuminurie in der Regel nach einiger Zeit vorübergeht. So soll nach dem 25. Lebensjahre diese Albuminurie nicht mehr vorkommen. Wahrscheinlich hat die Albuminurie nach Muskelanstrengungen, Sport, geistiger Arbeit, Speiseaufnahme, kalten Bädern, enge Beziehungen zur orthotischen Albuminurie, und es wird interessant sein, nachzusehen, ob auch bei diesen die Lordose eine Rolle spielt.

v. Noorden betont, daß der bei orthotischer Albuminurie auftretende Eiweißkörper sich sicher von dem Eiweiß unterscheidet, das wir bei Fiebernden, Herzkranken usw. durch Essigsäure fällen können.

Jehle bemerkt, daß seine Untersuchungen im wesentlichen den Beweis erbracht haben, daß bei Lordosenstellung der Lendenwirbelsäule Eiweiß auftrete, das mit dem Schwinden der Lordose wieder verschwinde. *i. m.*

V. Literatur.

Kompendium der physikalischen Therapie für praktische Ärzte und Studierende. Von Dr. Beni Buxbaum, poliklinischer Assistent des Hofrat Prof. Dr. W. Winternitz und ordinierender Arzt an der Fango- und Wasserheilanstalt in Wien. Mit Beiträgen von Dr. Ludwig Herzl und Dr. Ferdinand Winkler. Mit 73 Abbildungen. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1906.

Ermuntert durch den wohlverdienten großen Beifall, welchen sein ausgezeichnetes „Lehrbuch der Hydrotherapie" in den Ärztekreisen des In- und Auslandes gefunden, schritt Buxbaum zur Herausgabe des „vorliegenden Kompendiums

der physikalischen Therapie“ und legt damit den praktischen Ärzten ein Buch in die Hand, dessen Studium ihnen nicht bloß die Kenntnis der physikalischen Heilmethoden vermitteln, sondern dadurch auch dazu verhelfen soll, den leidigen Kampf mit dem am Volkskörper wie ein bösartiges Geschwür immer mehr um sich greifenden Kurpfuschertum in absehbarer Zeit siegreich bestehen zu können.

Durch seine langjährige, fast zwei Jahrzehnte umfassende Assistententätigkeit an der Seite Altmeister Winternitz' sowie auf Grund eigener reicher, in ausgebreiteter Privat- und Anstaltspraxis gewonnener Erfahrung auf dem Gebiete der physikalischen Heilmethoden ist Buxbaum wie wenige zur Abfassung eines Buches über physikalische Therapie berufen.

Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und in einen besonderen Teil. Im allgemeinen Teil werden nebst einigen kurzen, zum besseren Verständnis der therapeutischen Wirkungen unumgänglich notwendigen physiologischen Vorbemerkungen in klarer und leicht faßlicher Weise behandelt die Technik und Methodik der einzelnen physikalischen Heilmethoden: der gesamten Hydrotherapie, der Thermotherapie (allgemeine und örtliche Anwendungsformen), der Elektrotherapie (Galvanisation, Elektrolyse, Kataphorese, Faradisation), der Massage und Gymnastik (leider etwas zu kurz geraten), der Balneotherapie (Wildbäder, Mineralbäder, künstliche Bäder), der Thalassotherapie (Indikationen und Kontraindikationen der Seebäder, richtige Auswahl derselben usw.) und der Klimatotherapie.

Diesem Teile sind auch die Kapitel über Röntgentherapie und Phototherapie angefügt, welche von Ferd. Winkler trotz des sehr knappen Raumes, der ihm zur Verfügung stand, mit der ihm eigenen Gewandtheit und Zuverlässigkeit bearbeitet sind.

Im besonderen Teile bietet uns Buchsbaum eine vortreffliche Darstellung der kombinierten physikalischen Behandlung, namentlich auf dem großen Gebiete der inneren und Nervenkrankheiten, so daß das Kompendium nicht bloß für den praktischen Arzt, sondern auch für den Internisten und Neurologen ein unentbehrliches Nachschlagebuch darstellt. Als besonders gelungen möchte ich die Kapitel über die physikalische Behandlung der Kreislauforgane sowie dasjenige über die Behandlung der Neurasthenie bezeichnen.

Das Kapitel über die Anwendung der physikalischen Heilmethoden in der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe hat durch den Wiener Frauenarzt Dr. Ludwig Herzl ebenfalls eine treffliche Bearbeitung erfahren.

Das neue Werk Buxbaums entspricht somit seinem Zwecke vollkommen und ist jenen unentbehrlichen Büchern anzureihen, welche in der Handbibliothek des Arztes nicht fehlen dürfen. Das Buch kann daher nicht dringend genug empfohlen werden. Dr. Hermann Algyogyi.

VI. Aus der Praxis.

Eine kombinierte erfolgreiche Behandlungsmethode der Pertussis. Von Dr. Karl Linhart, Berlin. (Deutsche Med. Zeitung 1907. Berlin Nr. 91.)

Die Bahandlungsmethode bestand in folgendem:

1. Zypressenöl in der von Soltmann (D. m. Wochenschrift 1903, Nr. 17/8) empfohlenen Form in alkohol. Lösung 1:5 auf das Kopfkissen viermal täglich 10—15 Gramm geträufelt.

2. Pyrenol, das Verfasser übrigens bei jeder Bronchitis und Pneumonie gibt: hievon in Lösung 2·0—4·0:100·0 mit etwas Himbersaft oder mit Succ. Liquirit. 3·0 und Liq. Ammon. anis. 2·0 viermal täglich 1 Kinderlöffel.

An allgemeinen Vorschriften werden die von Soltmann empfohlenen gegeben, warmes, gut gelüftetes Zimmer, keine Freiluftbehandlung, strenge Hygiene im Krankenzimmer, häufige Mahlzeiten, aber kleine Portionen, stets nach einem völlig beendeten Anfall usw.

Die von Soltmann bei Zypressenöl angegebene Mortalität von 11—15—27% ist, wenn man der Behandlung noch Pyrenol hinzufügt, nicht entfernt erreicht. L. hat eine Mortalität von nur 4% aufzuweisen und gibt an, daß die Krankheitsdauer von durchschnittlich 10—18 Wochen durch Pyrenol auf 5—8 Wochen herabgesetzt wird. Das Hauptcharakteristikum von Pyrenol: sedativ und expektorierend zu wirken, ist gleichzeitig die beste Prophylaxe gegen die am meisten gefürchtete Komplikation, d. i. die Pneumonie.

Narkotika rät L. nur in den ersten Tagen und nur zur Erzielung einer besseren Nachtruhe anzuwenden. Der augenblickliche Linderungserfolg, den sie ja stets haben, wird erkauft mit einer Erschwerung der Expektoration und einer Depression aller vegetativen Funktionen im Organismus.

L. schließt seine Arbeit mit den Worten: So lange nicht neue Entdeckungen noch besseres schaffen, empfehle ich als wirksamste, erfolgreichste Behandlungsmethode der Pertussis eine Kombination von Pyrenol (innerlich) und Zypressenöl (zur Inhalation).

VII. Notizen.

Wien. Die Plenarversammlung des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs am 26. November l. J. hat, nachdem bereits im Frühjahre von seiten seines Vorstandes bezüglich der in der deutschen Fachpresse erschienenen abträglichen Äußerungen über Reisen und Besuche der Badeärzte eine Erklärung abgegeben und weitere Schritte behufs Abwehr ungerechtfertigter Angriffe in Aussicht gestellt worden waren, den Beschluß gefaßt, sich vollinhaltlich einer Resolution anzuschließen, welche auf dem XII. Ärztekammertag in Troppau gewiß das kompetenteste Forum — im September dieses Jahres angenommen worden war. Dieselbe lautet: „Es ist weder gegen die gute Sitte noch gegen die Würde des ärztlichen Standes, wenn Ärzte, die in Kurorten Praxis ausüben, auswärtige Ärzte besuchen, um mit diesen bekannt zu werden und für ihren Kurort Propaganda zu machen. Unzulässig dagegen ist das Besuchen von Patienten ohne vorherige Verständigung und Einwilligung des Hausarztes, sowie die Weiterbehandlung der Patienten während des Winters, ferner das Anbieten von Vorteilen irgendwelcher Art zwecks Vergrößerung der Klientel. Vorausgesetzt wird, daß diese Besuche mit dem nötigen Takte vorgenommen werden.“ Der Zentralverband beschloß ferner, für weitgehende Verbreitung dieser Resolution in ärztlichen Kreisen zu sorgen und richtet an alle Kollegen, sowohl Kurärzte als Haus- und Konsiliarärzte die Bitte, ihm allfällige Mißstände in dieser Richtung zur weiteren Verfolgung mitzuteilen, damit nicht durch Generalisierung vereinzelter Verfehlungen das Ansehen des kurärztlichen Standes geschädigt werde.

Vorlesungen für praktische Ärzte. Der Verein Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium veranstaltet einen am 7. Jänner beginnenden Vortragszyklus von acht Vorlesungen (jeden Dienstag, vom 7. Jänner bis 3. März 1908) für praktische Ärzte mit folgendem Programm: 7. Jänner. Prof. Dr. Emil Redlich: Fortschritte in der Diagnose und Therapie der Geschwülste des Zentralnervensystems. 14. Jänner. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Schur: Über Pathogenese der Arteriosklerose. 21. Jänner. Priv.-Doz. Dr. Emil Schwarz: Der Kreislauf bei Arteriosklerose. 28. Jänner. Dr. Julius Sternberg: Behandlung chirurgischer Lokaltuberkulose. 4. Februar. Dr. Daniel Kaufmann: Über Erkrankungen des nervösen Hörapparates. 11. Februar. Priv.-Doz. Dr. Friedrich Pineles: Über Brust- und Rückenschmerzen. 18. Februar. Dr. Georg Kapsamer: Über Tuberkulose des Hörapparates. 25. Februar. Dr. Walter Zweig: Die Rektoskopie und ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie der Kolitis ulcerosa. 3. März. Priv.-Doz. Dr. Julius Zappert: Über Nervosität bei Kindern in den ersten Lebensjahren. Die Vorlesungen finden im Hörsaale des Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium (VI., Sandwirthgasse 3, Mezzanin) um 7 Uhr abends statt. Inskriptionsgebühr für Ärzte und Studierende 2 K für den ganzen Zyklus.

VIII. Bibliographie.

Die kindliche Psyche und der Genuß geistiger Getränke. Von Leopold Lanz. Mit einem Vorworte von Doz. Dr. A. Pilz. K 1.60. Verlag Josef Šafář, Wien 1907.

Verbrechen und konstitutionelle Seelenabnormitäten. Von Prof. A. Forel. München 1907. Ernst Reinhardt.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin. 7. Bd., Heft 5: Der Einfluß des Trauma bei latenten und offenbaren Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten. Von Prof. O. Vulpius und Dr. P. Ewald. Heidelberg. Mk. 0.75. — 7. Bd., Heft 7: Die Kohlenhydrate im menschlichen Urin. Von Dr. Fr. Rosenberger. Heidelberg.



Mk. 0.75. — 7. Bd., Heft 8: Die Blutungen der Harnwege. Von Dr. Berthold Goldberg, Wildungen. Mk. 0·57.

Prophylaxe und Methode der Körpermessung. Von Dr. Stephani Manheim, Charlottenburg. Verlag P. Johannes Müller.

Die rechtliche Stellung des Verletzten im Heilverfahren unter besonderer Berücksichtigung der Pflicht zur Duldung von Operationen. Von Dr. E. Gayer, Rechtsanwalt in Zürich. Zürich, Verlag Schulthess & Co. 1908.

IX. Eingesendet.

Kundmachung. Aus dem Erträgnisse der Dr. Josef Singerschen Stiftung ist von dem Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium an eine arme bejahrte Witwe oder an eine schon gegen 50 Jahre alte verwaiste arbeitsunfähige Tochter eines Doktors der Medizin, welcher an der Wiener Universität den Doktorgrad erlangt hat und nicht Mitglied der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums war, eine jährliche Unterstützung von K 160 auf Lebensdauer zu verleihen. Die Bewerberinnen um diesen lebenslänglichen Stiftungsplatz haben ihren Tauf- oder Geburtsschein, dann den Totenschein ihres Gatten oder Vaters, dessen Original-Diplom über den an der Wiener Universität erlangten medizinischen Doktorgrad und ein legales Armutszeugnis ihrem Bewerbungsgesuche beizuschließen und dasselbe bis längstens 1. Februar 1908 beim Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium, I. Bez., Rotenturmstraße 19, zu überreichen.

Vom Wiener medizinischen Doktorenkollegium.

Aufruf!

Dank der Initiative des Professorenkollegiums und der Genehmigung des hohen Ministeriums für Kultus und Unterricht wurden in diesem Jahre die ersten Schritte zur Errichtung eines Institutes für Geschichte der Medizin an der hiesigen Universität getan. Infolge staatlicher Subvention und privater Unterstützung durch Zuweisung von Büchern, Instrumenten, Bildern oder anderen geeigneten Objekten konnte von den Unterfertigten in einer kurzen Zeitspanne eine Sammlung angelegt werden, welche — so bescheiden sie noch ist — doch schon den Grundstein einer zukünftigen, hoffnungsvollen Entwicklung bildet. Zur provisorischen Unterbringung hat das Dekanat der medizinischen Fakultät einen Raum beigestellt; die endgültige Zuweisung von Institutslokalitäten wurde einem späteren Zeitpunkte vorbehalten.

Eine neue Stätte wissenschaftlicher Betätigung soll gegründet, ein neuer Quell für die Erweiterung der allgemeinen Bildung des Mediziners soll erschlossen werden — die erste Hochschule des Reiches darf gegenüber ähnlichen, seit langem an ausländischen Universitäten bestehenden Einrichtungen nicht zurückbleiben!

Das Institut für Geschichte der Medizin ist in erster Linie dazu bestimmt, den medizinhistorischen Unterricht und die medizinhistorische Forschung zu pflegen, es eignet sich aber weiterhin dazu, die literarische Arbeit auf jedem Gebiete der Heilkunde zu fördern, das Bewußtsein des Zusammenhanges der Medizin mit der gesamten Kultur wach zu erhalten, das ärztliche Standesgefühl zu beleben. Finden seine Bestrebungen die verdiente Unterstützung, so wird es nicht nur den Entwicklungsgang der Heil-



kunde durch seine Sammlungen vorführen, sondern auch insbesondere ein Pantheon der medizinischen Leistungen unseres Vaterlandes darstellen!

Das Institut für Geschichte der Medizin beabsichtigt für seine Sammlung alles heranzuziehen, was den skizzierten Zwecken förderlich ist und wird dafür Sorge tragen, durch Ausstellung geeigneter Objekte das Interesse für die medizinische Vergangenheit anzuregen, die Selbstbildung zu erleichtern. Die Sammlung soll nicht nur Bücher, Instrumente und Apparate umfassen, welche der medizinischen Forschung und der praktischen Heilkunde gedient haben oder noch dienen, sondern auch Werke der bildenden Kunst (Gemälde, Erzeugnisse der graphischen Künste, Plastiken), welche sich auf die Medizin oder ihre Hilfswissenschaften (Pharmazie, Chemie, Botanik usw.) beziehen.

Wir bitten alle Freunde der Medizin und ihrer Geschichte, beim Sammeln des Forschungs- und Unterrichtsmateriales werktätig mitzuhelfen und uns Mitteilungen über einschlägige Objekte zu machen, sei es, daß sich dieselben in amtlicher Verwahrung oder im Privatbesitz, sei es, daß sie sich im Handelsverkehr befinden. Insbesondere aber erhoffen wir die Unterstützung des jungen Institutes durch Zuweisung von geeigneten Gegenständen und Büchern. Widmungen werden durch Namhaftmachen der Spender an den einzelnen Objekten ersichtlich gemacht.

Zuschriften und Spenden wolle man an das Dekanat der medizinischen Fakultät in Wien oder an einem der beiden Unterfertigten, welche als Vertreter des medizinischen Geschichtsunterrichtes mit der Anlegung der Institutssammlung betraut sind, richten.

Wien, im Dezember 1907.

Prof. Dr. Max Neuburger, VI/1, Kasernengasse 26. — Prof. Dr. Robert Ritter v. Töply, III/1, Barichgasse 3.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20, halbjährig K 10.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor. **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 2. Wien, 11. Jänner 1908. **Nr. 2.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über die Möglichkeit, das Klima zu beeinflussen.

Von **Dr. Witte**, Kudowa.

(Fortsetzung.)

Die Beeinflussung unseres Klimas in der Weise, daß wenigstens annähernd dieselben atmosphärischen Bedingungen geschaffen würden, wie sie in Ägypten sich finden, ist ein Problem, von dem man wohl schon jetzt sagen kann, daß es immer nur in strengster Lokalisierung, wahrscheinlich bloß in geschlossenen Räumen sich verwirklichen lassen wird. Die Entfernung des Wassergehaltes aus der Atmosphäre gehört zu den schwierigsten technischen Aufgaben und wird bei uns im Freien, wo von allen Seiten mehr oder minder feuchte Luft nachströmen kann, kaum je ausführbar sein. Dagegen ist das Umgekehrte, die künstliche Sättigung und Übersättigung der Atmosphäre mit Feuchtigkeit leicht zu machen, und praktisch in mannigfacher Weise in Gebrauch. Seitdem die Inhalation in mit überfeuchteter Luft total erfüllten Zimmern aufgekommen ist, ist das Promenieren an den Gradierwerken der Salinen etwas unmodern geworden und schließlich ist die Wirkung der Springbrunnen, sowie das Sprengen der Straßen, obschon es einem ganz anderen praktischen Zwecke dient, sachlich nichts davon verschiedenes.

Die staubigen Bestandteile unserer Atmosphäre sind zum allergrößten Teile Straßenstaub, selbst die Rauchbeimischungen spielen im Freien nur in nächster Nähe ihres Entstehungsortes eine Rolle. Durch atmosphärische Niederschläge, Regen, werden diese Bestandteile, wie gesagt, aus der Luft entfernt, im übrigen läßt sich eine nennenswerte Beeinflussung der örtlichen klimatischen Bedingungen in dieser Beziehung erreichen durch Verwendung eines wenig Staub bildenden Gesteins zum Baue der Straßen, insbesondere Granit und Basalt. Da bei uns zu Lande der Erdboden überall von einer Vegetationsschicht bedeckt ist, kahler Boden wohl nirgends anders als auf den Straßen bloß zu Tage liegt, so ist tatsächlich von der Verwendung eines geeigneten Straßenbahnmaterials ein großer Einfluß auf den Staubgehalt der Luft zu erwarten, ein Umstand, der neuerdings auch seitens der Behörden gewürdigt wird.

Mit der Besprechung des Wasser- und Staubgehalts der Luft sind wir unmerklich auf einen weiteren klimatischen Faktor gekommen, den Einfluß der Bodenverhältnisse. Es läßt sich von vornherein erwarten, daß diese materiellen, greifbaren Unterlagen des Klimas eher einer Beeinflussung zugänglich sein werden.

Wir unterscheiden die feste Erdoberfläche als Land von der flüssigen, d. h. wässerigen, dem Meere, mit den mannigfachsten Zwischenstufen. Die zunehmende Erhebung des festen Landes über den Meeresspiegel bringt klimatische Veränderungen hervor, die ebensowohl auch in den vorigen Abschnitt gepaßt hätten, da sie sich in Veränderungen der Atmosphäre, und zwar in einer zunehmenden Verdünnung der Luft äußern. Während dieser klimatische Faktor des Höhenaufenthaltes durch das Verweilen im pneumatischen Kabinet verhältnismäßig vollkommen künstlich nachgemacht werden kann, ist der andere, therapeutisch vielleicht wichtigere, die intensivere Sonnenbestrahlung, begreiflicherweise vollkommen unersetzlich.

Weiter ist die geologische Beschaffenheit des Untergrundes, die Zusammensetzung aus diesem oder jenem Gestein von einem gewissen, nicht sehr erheblichen Einflusse auf das Klima, wesentlich, je nachdem der Untergrund für Wasser durchlässig ist. Wichtiger ist das Vorhandensein der folgenden äußeren Schichte, des Humus oder der Ackerkrume, welche die Vorbedimgung für die äußerste, organische Umhüllung der Erde, den Pflanzenwuchs bildet, der zwar selbst im wesentlichen eine Folge der gesamten klimatischen Verhältnisse, seinerseits wieder einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf das örtliche Klima hat.

Durch Ent- und Bewässerung vermögen wir auf den Wassergehalt des Erdbodens einzuwirken. Der Bestand an humösem Erdreich ist zwar im wesentlichen durch die natürlichen Bodenverhältnisse gegeben, jedoch bekanntlich in mannigfachster Weise an Menge und Qualität durch menschliche Einwirkung, Bearbeitung zu verändern; während die Vegetation natürlich am meisten für uns in Betracht kommt.

Nach Abholzen ausgedehnter Waldungen hat man sehr auffällige und zwar ungünstige Veränderungen des Lokalismus beobachtet, kältere Winter, heißere Sommer,



die durch die größere Wärmekapazität des Waldes im Gegensatz zu dem ungedeckten Erdboden zu erklären sind und es auch verständlich machen, daß ungewöhnliche Witterungsverhältnisse, starke Regengüsse, anhaltende Trockenheit viel unangenehmer fühlbar wurden als früher. Die schlimmsten Erfahrungen jedoch hat man dort gemacht, wo auf gebirgigem Gelände das Wiederaufforsten der niedergeschlagenen Wälder versäumt wurde, die Humusschichte durch die atmosphärischen Niederschläge aufgelöst und von den Gebirgsbächen fortgerissen wurde, sodann nach einer Reihe von Jahren das kahle Gestein zutage trat, auf dem überhaupt kein pflanzliches Leben mehr gedieh. Das bekannteste Beispiel solcher Mißwirtschaft mit seinen traurigen Folgen auf das örtliche Klima ist wohl das Karstgebirge.

Speziell für die Interessen der Kurorte hat man daher den Wert des Waldes und der Vegetation überhaupt seit langem erkannt, und einsichtige Badeverwaltungen sind auch unablässig bemüht, ihren Besitzstand in dieser Richtung zu vergrößern.

Durch Trockenlegung von sumpfigem Terrain sind nicht nur Quadratmeilen fruchtbaren Ackerlandes geschaffen worden, sondern auch außer dem Erlöschen des früher endemischen Wechselfiebers merkliche klimatische Veränderungen eingetreten, die im wesentlichen auf der geringeren Feuchtigkeitsverdunstung beruhten, Nachlassen der Nebelbildung, der Niederschläge usw. Es sind dafür sowohl aus der älteren Geschichte unseres Landes Beispiele bekannt, als auch neuerdings in fremden, der Kultur erschlossenen Ländern solche Beobachtungen gemacht worden. Der umgekehrte Fall, durch künstliche Bewässerung eine Einwirkung auf das Klima auszuüben, kommt für uns kaum in Betracht, doch ist z. B. für manche Gebiete in Deutsch-Südwestafrika der Vorschlag gemacht worden, durch große Talsperrenbauten soviel Wasser aus der Regenzeit zurückzuhalten, daß dem alljährlichen Verdorren des Pflanzenwuchses während der regenlosen Monate Einhalt getan würde. Es ist garnicht zu bezweifeln, daß die Verwirklichung eines solchen Unternehmens einen großen Einfluß auf die dortigen klimatischen Verhältnisse haben würde.

(Schluß folgt.)

Der Internationale Kongreß für Psychiatrie, Neurologie, Psychologie und Irrenpflege.

(Schluß.)

Über Pflege und Behandlung solcher Irren, die mit dem Strafrichter in Berührung gekommen sind, sprachen Dr. van Hamel, Professor des Strafrechtes an der Universität Amsterdam, Dr. Charpentier und Dr. T. Hay Shaw, London. Auch Prof. Aschaffenburg beteiligte sich an der Debatte, mit Dr. Ruysch bekämpfte er die Zweckmäßigkeit besonderer Nebengebäude (adnexa) bei den Gefängnissen, wo solche Irre verpflegt werden sollen, und beide bestritten, daß hier eine gute und zweckmäßige Behandlung möglich sei.

Dr. Meyers, Amsterdam, gab eine Beschreibung der sogenannten Asyle in größeren Städten, wie das Wilhelmina-Gasthuis in Amsterdam. Es sind dies eigentlich Passantenhäuser, die die Kranken für eine gewisse Zeit aufnehmen, nach deren Verlauf sie entweder entlassen oder eigentlichen Anstalten übergeben werden. Der Redner glaubt, daß die mit solchen Asylen verbundenen Schattenseiten beseitigt werden können, wenn die Asyle mit einer größeren Anstalt verbunden werden.

Einen der sachlichsten Vorträge hielt Dr. Ruysch über die Leitung und Verwaltung von Irrenhäusern und die Staatsaufsicht. Irrenhäuser müssen nach seiner Auffassung durchweg das Eigentum des Staates oder der Provinz sein, die Regierung allein hat die Vorschriften zu geben, nach denen eine Anstalt geleitet werden muß, sie bestimmt das Gelände, die Ausführung des Baues, die wissenschaftliche und hygienische Einrichtung, die Anzahl der Ärzte.

Feuilleton.

Bedeutung und Anwendbarkeit der physikalischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis.

Von **O. Vierordt**, weil. Direktor der Heidelberger med. Poliklinik.

Sie alle wissen, daß in der medizinischen Therapie mit dem Eintritte der Medizin in die induktiven Naturwissenschaften eine Periode der, zum Teile noch von alter, nicht völlig überstandener Mystik beeinflußten, medikamentösen Therapie gefolgt ist, an welche sich ein Rückschlag in fast hoffnungslosen Skeptizismus und endlich die moderne therapeutische Ära angeschlossen hat, die auf der Grundlage der objektiven naturwissenschaftlichen Prüfung mehr und mehr alle auf irgend eine Weise brauchbaren Stoffe und Kräfte in den Dienst des Krankheitsschutzes und der Heilung stellt. Versuche der ärztlichen Kunst, neue Gebiete zu betreten, insbesondere auch auf dem Gebiete der physikalischen Heilmethoden, gehen allerdings ins graue Altertam zurück und tauchen auch später in der ganzen Geschichte der Medizin da und dort auf. Vieles war freilich völlig unbrauchbar, aber dann und wann flackerten richtige Vorstellungen in ahnungsvollen, genial veranlagten Köpfen auf, ohne daß indeß hieraus ein allgemeiner und bleibender Gewinn geworden wäre.

So gewinnt jetzt die Möglichkeit, den menschlichen Körper prophylaktisch und therapeutisch zu beeinflussen, in unerhörtem Maße an Ausdehnung. Zu den medikamentöschemischen Einwirkungen auf Gewebe und Funktionen des Körpers bezw. einzelner seiner Organe, zur medikamentöschemischen Vernichtung von Krankheitserzeugern und deren Giften im Körper, ist die spezifisch antitoxische Therapie gekommen. Es hat sich die diätetische Beeinflussung von Gesamternährung und Gesamtstoffwechsel, die diätetische Schonung und Übung einzelner Organe entwickelt, es ist die gesamte physikalische Therapie in den Kreis der Heilfaktoren einbezogen worden. Unsere stetig zunehmende Erkenntnis im Gebiete des Haushaltes des Organismus, der Funktionen und Beziehungen seiner Organe, die überaus rasch fortschreitende Entwickelung der Physik und Chemie macht den Umfang dessen, was als brauchbar in Zukunft noch hinzuzugewinnen sein wird, unabsehbar.

Was Sie auf den Studienreisen in hervorragendem Maße beschäftigt, das ist das Studium der Heilfaktoren der Klimato- und Balneotherapie, der Trinkquellen, der Diätetik und der gesamten physikalischen Therapie — all dieser Heilmittel in ihrer Verwendung in freien und Sanatoriumskuren.

Wenn die Diätetik die eine Gruppe von Nahrungsstoffen gegenüber einer anderen bevorzugt, dadurch den Stoffwechsel, den Fettansatz u. a. m. beeinflußt, gewisse Organe schont, andere anregt, — wenn die Klimatotherapie damit arbeitet, daß sie die Luft, deren wir in jeder Minute unseres Lebens bedürfen, nach Reinheit, Feuchtigkeitsgehalt, Bewegung und Luftdruck modifiziert — wenn die Hydrotherapie und Thermotherapie im Grunde genommen mit einer unendlich feinen Abstufung der täglich auf unseren Körper treffenden Kälte- und Wärmereize ihre Wirkungen entfaltet — wenn das Licht in zahllosen Variationen zu Heilzwecken benützt wird — so haben Sie überall dasselbe Prinzip der feinsten Abstufung, Verstärkung und Minderung von Reizen, die unserem Körper adäquat sind; auch bezüglich der Trinkquellen gilt teilweise dasselbe.

Hierin beruht der Vorteil und besondere Reiz, aber auch die unendliche Schwierigkeit dieser Methoden; denn sie müssen, um zu nützen und nicht zu schaden, mit einer außerordentlichen Sorgfalt berechnet und durchaus individuell auf jeden einzelnen Kranken abgestuft, daher auch im ganzen Verlaufe der Behandlung beaufsichtigt und modifiziert werden.

Kein Zweifel, daß es sich bei einem Teile derselben um gewisse Allgemeinwirkungen auf den Körper handelt, welche



Pfleger usw., sie hat das Recht, eine Anstalt sofort zu schließen, wenn ernstliche Mißstände festgesellt worden sind. Die mit der Aufsicht betrauten Inspektoren dürfen kein Nebenamt übernehmen, alle Beamten der Anstalt, mit Ausnahme der vom Staate zu ernennenden Ärzte, werden vom Direktor, der stets ein psychiatrisch gebildeter Arzt sein muß, ernannt und entlassen. Dr. Marriera (Barcelona), der eine Schilderung der Zustände in Spanien gibt, hält die Staatsaufsicht nicht für einen Segen, da eine Menge zeitraubender und lästiger Formalitäten erfüllt werden müssen, ehe ein Kranker in eine Anstalt aufgenommen werden könne. Er gibt zwar zu, daß dies nur geschehe, um Mißbräuche zu verhüten, damit nicht gesunde Menschen auf das bloße Zeugnis eines einzelnen Arztes hin für irrsinnig erklärt werden, allein er ist überzeugt, daß solche Mißbräuche mehr in der Einbildung als in Wirklichkeit bestehen; zum Besten der Kranken könne dessen schleunige Unterbringung in einer Anstalt nur erwünscht sein. Auch hinsichtlich der Verpflegung irrsinniger Verbrecher sei Spanien noch ungemein rückständig. Im Anschlusse an diese Ausführungen drückte Dr. Ruysch sein Bedauern darüber aus, daß die französischen Mitglieder in der Sitzung nicht anwesend seien, da er von ihnen gern einige Aufklärungen über das letzte Rundschreiben Clemenceaus erhalten hätte, das auf ihn den Eindruck gemacht habe, als ob die Anzahl der in französischen Anstalten Verpflegten, die gar nicht in Irrenhäuser gehören, eine sehr große sei. Am anderen Tage wurden die gewünschten Aufklärungen wenigstens teilweise gegeben, ein sicheres Urteil darüber, ob Dr. Ruyschs Beschuldigung begründet ist oder nicht, ließ sich daraus aber nicht ableiten.

Nachdem noch über die Behandlung der Kranken in der freien Luft und ihre Verwendung zu Feld-, Garten- und Hausarbeiten mancherlei Mitteilungen gemacht worden waren, kam die vielbestrittene Frage über die Vorzüge oder Nachteile der Verpflegung der Irren in Familien zur Besprechung. Grundsätzlich bekämpft wurde die Methode nicht, die Anzahl ihrer Anhänger schien vielmehr in bedeutender Mehrheit zu sein, aber einzelne Redner, wie Dr. Ruysch wollten ihr doch nur eine ergänzende Bedeutung zuerkennen und sie nur zulassen, wenn sie in enger Verbindung mit einer ärztlich geleiteten Anstalt und unter deren Aufsicht stehe; von letzterer habe sie eine Unterabteilung zu bilden, aber diese Pflege in der Familie sei schließlich doch nur für Kranke, die sich bereits auf dem Wege der Besserung befinden, zu empfehlen. Dies wurde von Dr. Marie, Belgien, entschieden bestritten; nur, wenn die Kranken in eine für sie passende Umgebung — und dies sei allein die Familie — gebracht werden, sei ihre Rückkehr in die Gesellschaft möglich; sowohl vom theoretischen wie ökonomischen Standpunkte aus verdiene dieses System den Vorzug. In demselben Sinne äußerte sich auch Prof. Alt, der Direktor der Kolonie in Uechtspringe (Sachsen). Nachdem er zuerst die durch Theodor Griesinger angeführte Reform der Behandlung der Irren in Deutschland geschildert hatte, wo man heute auch in Deutschland in akuten Fällen die Pflege mit körperlicher Arbeit, namentlich im Felde und im Garten, verbinde behauptete er, daß die Bevölkerung im allgemeinen der Familienpflege der Irren nicht feindlich gesinnt sei; wo dies der Fall sei, müsse man selbst eine Kolonie anlegen, die sich erfahrungsgemäß rasch ausdehne und die sie umgebende Bevölkerung komme dann von selbst zu anderen Ansichten. Bei der Auswahl der Familien müsse man die Wünsche, Neigungen und Liebhabereien der Kranken berücksichtigen, solche z. B., die gern mit Pferden umgehen, müssen in einer Familie untergebracht werden, wo ihnen dies möglich sei. Vielfach habe es sich gezeigt, daß Kranke, deren Zustand in einer Anstalt jahrelang stationär geblieben sei, durch Familienpflege sich gebessert habe, ja, daß manche als vollständig geheilt entlassen werden konnten. In einer Vollsitzung des Kongresses führte Prof. Alt seine Irrenkolonie in Uechtspringe durch Lichtbilder vor; wüßte man nicht, sagte er, daß dies eine Irrenkolonie sei, so müßte bei jedem der Wunsch aufsteigen, diese herrliche Natur niemals verlassen zu müssen; die Bevölkerung habe sich an die Anwesenheit der Irren in

---

schwer klar definierbar und noch schwerer meßbar sind, daher sich nicht mit der uns genau bekannten Wirkung z. B. des Morphins oder des Diphtherieheilserums vergleichen lassen. Vielfach sind die Wirkungen allgemeine im strengsten Sinne des Wortes; allgemeine Erfrischung, Belebung des Appetits und gewisser Funktionen, Vermehrung der körperlichen und geistige Unternehmungslust und Leistungsfähigkeit, dazu Hebung der Widerstandsfähigkeit gegen schädliche Einflüsse. Das sind lauter Begriffe, die zwar vollberechtigt, doch schwer wissenschaftlich scharf zu umgrenzen sind und bekanntlich als Schlagworte vielfach gedankenlos angewendet und reklamehaft ausgebeutet werden.

Aber wir sind doch in diesen Dingen auf dem Wege zur klareren wissenschaftlichen Erkenntnis, zur Bildung konkreter, schärfer umrissener Anschauungen; das zeigt vor allem schon seit geraumer Zeit die Geschichte der Hydrotherapie, Elektrotherapie, Massage.

Ich möchte mir nicht versagen, Ihnen einige Beispiele aus der jüngsten Zeit anzuführen, welche zeigen, wie wir in diesen Gebieten aus nebelhaften, sogenannten Erfahrungen allmählich zu konkreten, naturwissenschaftlichen Vorstellungen vordringen.

Als die moderne, d. h. naturwissenschaftliche, rein induktiv arbeitende medizinsche Wissenschaft sich mit hydrotherapeutischen Problemen zu beschäftigen begannen, da fing sie damit an, daß sie die Abkühlung des Körpers durch kaltes Wasser studierte und zur Unterdrückung der fieberhaften Temperatursteigerung benützte. Das war etwas mit den damaligen Methoden meßbares, exakt bestimmbares. Dabei blieb man lange stehen: was sonst vom Wasser behauptet wurde, die Erfrischung des Körpers und Anregung seiner Funktionen, davor empfand jeder wissenschaftlich denkende Arzt ein gewisses Grauen, weil diese Wirkungen nicht meßbar, also nicht wissenschaftlich verwertbar schienen. Erst neuerdings nähert sich die wissenschaftliche Beurteilung auch diesen Dingen, seit wir lernen, die Hebung der Funktionen mancher Organe am Blutdrucke, an der Harnmenge, an den Stoffwechselprodukten zu studieren. Und die Lehre von der erfrischenden und belebenden Wirkung gewisser Kaltreize ist so jetzt erst gewissermaßen legitim geworden.

Die Bedeutung der Widerstandskraft des Körpers gegen schädliche Einflüsse aller Art, besonders gegen Infektionen, ist schon lange geahnt und gewürdigt worden; die Hebung der Widerstandskraft durch allgemeine Einflüsse der Diätetik, Klimato- und Hydrotherapie, ein altes, vielgebrauchtes Schlagwort. Wir beginnen aber erst klarere Anschauungen mit diesem Begriffe zu verbinden, seit wir wissen, daß der Körper in den Alexinen über natürliche Schutzstoffe gegen bakterielle und bakterio-chemische Schädigungen verfügt, und daß er außerdem imstande ist, spezifische Schutzstoffe neu zu bilden. Wir lernen fortgesetzt mehr über diese Dinge und haben vor kurzem aus einer schönen Arbeit aus der Schule des verstorbenen Hans Buchner, von Tromsdorff, des weiteren erfahren, an was für greifbaren Erscheinungen man den Grad der Resistenz des tierischen Organismus erkennen und bemessen kann; wie z. B. an der Bewegungs- und Freßfähigkeit der Leukozyten, an dem Grade der Regeneration der Alexinen und an der Schnelligkeit und Intensität der Bildung spezifischer Schutzstoffe. Diese neueste Arbeit bestätigt fernerhin in höchst exakter Weise, daß unter den Einflüssen, welche die Resistenzfähigkeit schädigen, ganz allgemeine, wie Hunger, Abkühlung und Ermüdung und Anämie, eine Rolle spielen. Diese Untersuchungen sind höchst lehrreich, insbesondere für diejenigen, welche, wie Ihnen ja wohl bekannt ist, neuerdings geneigt sind, die Hebung der Widerstandskraft des Körpers im Kampfe gegen die Tuberkulose zu unterschätzen.

(Schluß folgt.)



ihrer Mitte jetzt vollständig gewöhnt, nachdem sie sich längere Zeit gegen diese Neuerung ablehnend verhalten habe; manche Familien erhalten zu niedrigem Zinsfuße Geld, mit dem sie ein Haus bauen, das im Laufe der Zeit durch kleine Ratenzahlungen in ihren Besitz übergeht. Ähnliche Mitteilungen machte Dr. Peters, der Direktor der bekannten Anstalt in Geel (Belgien), wiewohl gerade er mit den allerungünstigsten Fällen zu tun habe; der Mensch sei ein soziales Wesen, und schon daraus erhelle, daß er allein in der Familie Lust zur Arbeit bekomme und diese auch behalte, während er sie in einer Anstalt, wenigstens von der angenehmen Seite, gar nicht kennen lernt.

Wo der nächste psychiatrische Kongreß, die von nun an regelmäßig nach Ablauf einer bestimmten Frist stattfinden sollen, abgehalten wird, steht noch nicht fest; nach dem, was darüber verlautet, wird es sich um Wien oder London handeln.

In Verbindung mit dem Kongreß war im hiesigen städtischen Museum eine interessante Ausstellung veranstaltet worden. Sie besteht aus allerlei bei der Behandlung von Irrsinnigen früher gebrauchten Instrumenten und Möbeln, Büchern, Zeichnungen, Photographien und besonders aus Gegenständen, die von den in den verschiedenen niederländischen Anstalten untergebrachten Verpflegten verfertigt worden sind. Ein Teil der ausgestellten Gegenstände gehört zum historisch-medizinisch-pharmazeutischen Museum, das auf den Wunsch der Königin-Mutter ins Leben gerufen worden ist. Man sah hier gewissermaßen die geschichtliche Entwicklung der Pflege und Behandlung der Irren, die in früherer Zeit nicht als Kranke, sondern als Verbrecher betrachtet und von der Außenwelt und ihrer Umgebung durch mehr oder weniger gewaltsame Mittel abgesondert wurden. Von allen diesen Apparaten, bei deren Anblick man unwillkürlich an eine mittelalterliche Folterkammer denkt, wird heute nur noch die Zelle und ein besonders konstruiertes Deckbett gebraucht; erstere, um die Patienten, wenn nötig, abgesondert zu verpflegen, letzteres, welches die Gestalt eines Koffers hat, dient dazu, um Epileptiker, die während des Anfalles mit Kopf, Füßen und Händen wild um sich schlagen, vor Verwundungen zu schützen. Von historischem Interesse ist die Rollkutsche, eine bewegliche Zelle, in welcher der in eine Zwangsjacke gesteckte Irre eingeschlossen wurde und in der man ihn an Sonntagen und Kirmessen dem Volke zeigte; ferner Bettstellen, die zugleich mit den unreinlichen Patienten durch einen Wasserstrahl gereinigt wurden, eine Zwangsjacke mit einer Vorrichtung, die den Patienten verhinderte, zu beißen und auszuspucken, ein Muff, durch den die Hände gefesselt wurden. Eine besondere Abteilung enthält wissenschaftliche Instrumente für das mikroskopische und physiologische Studium des Nervensystems; die meisten dieser Instrumente sind von Kinderhänden verfertigt. In der dritten und größten Abteilung sieht man die verschiedenen Einsendungen aus den einzelnen holländischen Anstalten, wie unzerreißbare Kleider, Decken usw. für Kranke, die an der Vernichtungssucht leiden, bei der Füllung der Matratzen ist auch der Selbstmordwahnsinn berücksichtigt, und was die von den Kranken verfertigten Gegenstände betrifft, so bilden sie eine förmliche Ausstellung von Hausarbeiten, in einzelnen Anstalten wurden von den Kranken sogar Tabakblätter gestrippt. Endlich wäre noch eine Einsendung der Stadt Haag zu erwähnen, sie besteht aus Hilfsmitteln, die beim Unterrichte zurückgebliebener oder idiotischer Kinder gebraucht werden.

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Über die Entstehung der Appendizitis sprach Universitätsprofessor Dr. Richard Kretz (Wien.)

Als K. voriges Jahr in Stuttgart die hämatogene Genese der Appendizitis, ihre Entstehung auf dem Wege der Blutbahnen, aus dem Nebeneinander des Befundes von Bakterieninvasion ins Blut und akuter phlegmonöser Form der Wurmfortsatzerkrankung erschloß, waren ihm schon einige Befunde bekannt, die für einen hämatogenen Ursprung auch im anatomischen Bilde gewisser Appendizitiden sprachen. Aus verschiedenen Analogien war ihm insbesondere wahrscheinlich, daß die vielfach beschriebenen Blutungen frisch erkrankter Appendizes als Zeichen von Embolien zu deuten seien. Ihm wie anderen fehlte damals ein Beweis für diese Genese; fast gleichzeitig mit K. hat Schrimpf aus dem Institute von Recklinghausen unter einer großen Anzahl von Appendizes einige Fälle beschrieben, in denen ihm der embolische Ursprung der Erkrankung wahrscheinlich schien, doch hat er diesen Befund anscheinend für etwas seltenes gehalten.

Auf seine Bitte hat K. im heurigen Frühjahre eine Reihe Wiener Chirurgen eine große Anzahl frisch erkrankter Appendizes zur Untersuchung überlassen; gleich unter den ersten Präparaten fanden sich zwei Fälle, die mit einem Schlage die ganzen Verhältnisse klärten.

In beiden Fällen handelte es sich um klinisch konstatierte Erkrankungen nach Halsentzündungen; wie K. ersehen konnte, waren es die in Wien so häufigen Streptokokken-Anginen. Beide Fälle waren hochfiebernd, wurden operiert und genasen mit promptem Temperaturabfall nach der Operation. Beide Fälle zeigten frische Schleimhautblutungen und als auffallende Erscheinung im Bereiche der gruppenweise stehenden Blutungen eine lokalisierte Erweiterung des Blinddarmes mit über den Blutungen verdünnter Wand. Mikroskopisch zeigten die Fälle, die 16, respektive 20 Stunden nach Beginn der ersten Symptome zur Operation gelangten, in den Blutungen entschieden Herde verschiedenen Alters. Einzelne der Blutungen, die alle die Schleimhautfollikel mit betrafen, hatten die Schleimhaut perforiert. Neben den Blutungen, welche durch die Schleimhaut durchgebrochen waren, fanden sich in den beiden Fällen noch kleine Blutungen im Innern der Follikel, die erst gegen die Peripherie unter die Schleimhaut und in das umgebende Bindegewebe vordrangen; K. konnte im ganzen an fünf solchen Blutungsherden, die er zum Teile in Serienschnitten untersuchte, zentral eine kleine längliche Kolonie Mikroorganismen nachweisen; die Kolonien lagen sicher in einer an der Stelle des Bakterienhaufens sich auflösenden Blutkapillare.

Da in diesen Fällen jedes weitere Zeichen einer Infektion fehlt, stellen die geschilderten Kolonien in einer Kapillare nahe dem Keimzentrum des Follikels die Anfangsveränderung dar; diese Invasion am Wege der arteriellen Blutbahn ist gefolgt von einer Extravasation von roten Blutkörperchen und Durchwandern derselben durch die Schleimhaut und einem gleichzeitigen Ausschwemmen der Kokken in das Gewebe. Am einfachsten stellen sich nun die Verhältnisse bei den gutartigen Fällen. Noch innerhalb der nächsten 24 Stunden wird die gequollene, abgestorbene Kapillarwand samt der im Lumen liegenden Kokkenkolonie eigentümlich verändert: sie verwandelt sich in ein Gebilde von der drei- bis vierfachen Größe der ursprünglichen mykotischen Ansiedlung, das am ehesten zu vergleichen ist mit einem Haufen von Blutplättchen; dieses Gebilde zeigt im Anfange in der Peripherie wohl als Ausdruck der dasselbe durchfließenden Plasmaströme eine feine radiär-streifige Beschaffenheit, die Kokken sind verschwunden, ebenso die Keimzellen, an ihrer Stelle finden sich rote Blutkörperchen. Diese lokalen Veränderungen werden begleitet von einem prompten Verschwinden der ausgeschwemmten Mikroorganismen.

Dieser akuten mykotischen Entzündung des Follikels folgt am zweiten, dritten Tage eine mäßige Emigration von Leukozyten, kurz danach beginnen in den Darmephitelien, dann im Bindegewebe und in den Kapillarendothelien Zellbildungen aufzutreten; nach einer Woche finden sich neugebildete Keimzellen und nur der blutplättchenartige Herd bleibt als Residuum der Infektion noch längere Zeit, etwa mehrere Wochen, zurück. Es kommt also zu einer vollstän-



digen Wiederherstellung des Normalen. In einer anderen Reihe von Fällen führt aber die Infektion zu schweren Veränderungen. Nach Bildung der plättchenartigen Herde kommt es nicht zu einer totalen Vernichtung der Entzündungserreger, und der von der Blutung zerstörte Follikel wird in das Darmlumen ausgestoßen. Dieses Ereignis, das schon am zweiten Tage eingetreten sein kann, ist häufig von einer ziemlich mächtigen blutigen Exsudation gefolgt.

Dieses in ganz kurzen Zügen skizzierte Bild ist außerordentlich vielgestaltig dadurch, daß je nach Dauer und Virulenz der Infektion und nach der jeweiligen Reaktionsfähigkeit des Organismus alle Abstufungen vorkommen, von den zuerst geschilderten leichten Attacken, die einer vollständigen Heilung fähig sind, bis zur Ausbreitung der primären Blutung in die Muskulatur und Überschwemmung des Gewebes mit Kokken und folgender schwersten Entzündung der ganzen Darmwand mit Infektion des Bauchfelles oder Bildung perforierender Abszesse.

Eine gewisse Schwierigkeit bot K. im Anfange die außerordentliche Vielgestaltigkeit der Kokken im mikroskopischen Bilde; es finden sich kleine und große Diplo- und Streptokokken, sehr plumpe Diploformen und Ketten von förmlichem Bazillenhabitus und daneben wieder namentlich in den späteren Entzündungsprodukten ganz typische Ketten, wie man sie im Eiter zu sehen gewohnt ist.

K. muß nach den Resultaten dieser neuen Untersuchungen, die sich jetzt auf etwa 60 Fälle beziehen, die hämatogene Genese der Appendizitis für eine ebenso typische halten, als er dies voriges Jahr tat; Fälle, die er Aschoff und Sprengel verdankt, auch Bilder von Sonnenburg, Sprengel und Deaver sprechen dafür, daß dieser Typus allgemein verbreitet ist; daß daneben dann und wann eine andere Genese vorkommen kann, soll nicht damit geleugnet werden.

Schließlich möchte K. noch eine andere Tatsache kurz erwähnen, die ihm anfangs nur eine Zufälligkeit schien. In den kranken Appendizes finden sich sehr häufig, sicher in mehr als der Hälfte der Fälle, im Epithel oder in den Follikeln recht zahlreiche Zellwucherungen. Sie können wohl kaum anders aufgefaßt werden, denn als Zeichen ablaufender Heilung nach leichteren Infektionen und führten K. diese Befunde im Vereine mit den experimentellen Versuchen, die Tedesko im Institute von Baumgarten anstellte, zur Idee einer erworbenen Gewebsempfindlichkeit als Ursache der foudroyanten Fälle. Das Gewebe des Darmes spielt überhaupt bei den septischen Infektionen eine größere Rolle, als bisher angenommen wird, ein spezieller Fall seiner Mitbeteiligung ist die Reaktion der Follikel im Wurmfortsatze, der durch seinen Bau ganz dazu geeignet ist, die eintretende Reaktion unter Umständen zu einem lebensgefährlichen Ereignisse zu machen.

Über Hydrotherapie und innere Medizin sprach Professor L. Brieger, Berlin.

Wenn auch der Widerstand gegen die Einführung der Hydrotherapie als therapeutisches Hilfsmittel in der inneren Medizin erheblich nachgelassen hat, so darf man sich nicht verhehlen, wie B. selbst beim letzten Balneologenkongresse ausgesprochen hat, daß die Vertreter der Hydrotherapie noch mit vielen Widersachern, besonders unter den Ärzten, zu kämpfen haben. Als Grund dieser Abneigung ist wohl nicht bloß anzunehmen die Unkenntnis des Wesens der Hydrotherapie und deren Indikationsgebiete, sondern auch die weit verbreitete Meinung, daß zwischen Hydrotherapie, respektive der physikalischen Therapie und der bisher therapeutisch vorherrschenden arzneilichen Therapie unüberbrückbare Gegensätze bestehen. B. glaubt aber doch nachgewiesen zu haben, daß ein Gegensatz zwischen diesen therapeutischen Agenzien gar nicht existiert, daß eine Heilmethode die andere nicht ausschließt. Auch die Einfachheit der Technik der Hydrotherapie gab vielfach Veranlassung, deren Anwendung zu diskreditieren.

Und doch gibt es kein funktionelles Heilmittel, welches über so scharf abgegrenzte Anzeigen und Gegenanzeigen bezüglich ihrer Verwendung in der inneren Medizin verfügt als gerade die Hydrotherapie. Allerdings können dieselben nur auf dem Wege des klinischen Unterrichtes unter Berücksichtigung der physiologischen Grundlagen genau erkannt und angeeignet werden. Daher ist die Errichtung therapeutischer Kliniken, welche alle arzneilichen und arzneilosen Heilmittel und Heilmethoden, unter ihnen in erster Linie die Hydrotherapie, in ihren Wechselbeziehungen systematisch anwendet und den Unterricht anschaulich vor Augen führt, ein immer dringenderes Bedürfnis. Nur auf diesem Wege kann der Arzt zu seinem Hauptberufe, der Behandlung der Krankheiten, methodisch erzogen werden.

Werfen wir nun einen Blick auf die Heilindikationen der Hydrotherapie für die innere Medizin, so kann man dreist behaupten, daß kein Gebiet dieser so weitschichtigen Materie des hydriatischen Heilmittels entraten kann. Es kann natürlich nicht in den Rahmen eines Vortrages fallen, die ganze Materie hier abzuhandeln. B. begnügt sich deshalb damit, einige wichtigere Gebiete hier in diesem Sinne zu streifen. In einem früheren Aufsatze „Erfahrungen bei der hydriatischen Behandlung von Lungenkrankheiten“ hat B. eine Übersicht über die hier in Betracht kommenden Prinzipien gegeben.

Die verschiedenen Formen der Pneumonien, bei welchen bisher die sogenannte exspektative Methode so beliebt war, lassen die exspektorierende, antipyretische, antifebrile und tonisierende Wirkung hydriatischer Maßnahmen im hellsten Lichte erscheinen.

Bei Asthma bronchiale erklärte schon A. Fränkel die Hydrotherapie geradezu für unentbehrlich. Aus B.'s Institut hat neuerdings Fischer an der Hand von klinischen Fällen nachweisen können, daß zielbewußte, aber nicht schematische Anwendung gewisser Prozeduren Erleichterung und häufig genug völlige Besserung dieses so schweren Leidens bedinge. Nicht bloß der Anfall selbst kann günstig beeinflußt werden, sondern geeignete Prozeduren wirken, eine Zeit lang angewendet, beruhigend und vermögen die flache Atmung der Asthmatiker in eine ausgiebigere umzugestalten und dadurch eine bessere Durchlüftung der Lungen und eine Tonisierung des Herzens zu erzielen, wodurch das Auftreten der asthmatischen Anfälle häufig genug endgültig verhindert wird. Insbesondere hat sich hier die von ihm angegebene Form von Bädern mit kalten Bauchgüssen als sehr bewährt erwiesen.

Wiederholt hat B. auch schon Gelegenheit gehabt, auf die Bedeutung der Hydrotherapie als Hilfsmittel zur Bekämpfung der Tuberkulose hinzuweisen. Das reichhaltige Rüstzeug des Hydrotherapeuten liefert nicht bloß wirksame Handhaben zur Hebung des Allgemeinbefindens des Tuberkulösen und damit zur größeren Widerstandsfähigkeit gegen die reine Infektion und auch gegen die daran sich so häufig anschließende, sehr unheilvolle Mischinfektion. Gewisse hydriatische Prozeduren vermögen aber auch das Herz zu stärken, die Lungen kräftiger zu durchbluten und den einzelnen, so lästigen Symptomen der vorgeschrittenen Tuberkulose wirksam zu begegnen. So vermag weder ein diätetisches noch pharmakologisches Mittel der erschöpfenden Diarrhoen und der schwächenden Schweiße so endgültig und schnell Herr zu werden, als eine bestimmte Anwendungsform von Sitzbädern, Duschen, Teilabreibungen usw.

Stehen wir auf dem Standpunkte Kochs, daß nur durch eine spezifische Behandlung das spezifische Leiden erfolgreich bekämpft werden kann, eine Anschauung, welche ja Ärzte in sogenannten Lungenheilstätten immer mehr zu vertreten geneigt sind, so wird eine Tuberkulinbehandlung auf den durch hydrotherapeutische Maßnahmen gekräftigten Körper ganz anders einzuwirken vermögen, als auf den sonst in seiner Widerstandskraft herabgesetzten Organismus.

Fortsetzung folgt.



III. Referate.

Zur Pathologie und Behandlung des Bronchialasthmas. Von Prof. A. v. Strümpell, Breslau.

Daß ein tonischer Zwerchfellkrampf Bronchialasthma bedinge, kann nach St. als unrichtig angesehen werden, vielmehr weisen alle Erscheinungen des asthmatischen Anfalles auf eine diffuse Bronchialarstenose hin. Die Bronchialarstenose erklärt die Atemnot, den Auskultationsbefund (die lauten pfeifenden Geräusche), sie erklärt ferner die akut eintretende Lungenblähung, die vorwiegende Erschwerung der Exstirpation und die exspiratorische Dyspnoe. Die Frage nach der Entstehung des asthmatischen Anfalles reduziert sich also auf die Frage nach den Ursachen der so akut einsetzenden und manchmal schon nach einigen Stunden wieder verschwindenden Bronchialarstenose. Biermer legte das Hauptgewicht auf einen Krampf der Bronchialmuskeln. Dieses Moment läßt sich nicht ganz von der Hand weisen, wenn es auch schwerlich direkt erwiesen werden kann. Zu einer ausreichenden Erklärung reicht es aber überhaupt nicht aus, da es die merkwürdigen Eigentümlichkeiten des Auswurfes völlig unberücksichtigt und unerklärt läßt. Bekanntlich ist auf der Höhe des asthmatischen Anfalles nur sehr wenig Auswurf vorhanden. Erst beim Nachlassen des Anfalles tritt das charakteristische Asthmasputum auf, um dessen Erforschung sich Leyden, Curschmann, Ungar u. a. besonders verdient gemacht haben. Das Asthmasputum ist charakterisiert durch die Curschmannschen Spiralen als direkter Ausdruck eines exsudativen Prozesses in den feinsten Bronchien. Dieser Prozeß zeigt aber seine Eigenart durch das regelmäßige Auftreten reichlicher eosinophiler Zellen im Auswurfe, der damit wahrscheinlich im Zusammenhange stehenden Leydenschen Asthmakristalle und einer häufig nachweisbaren recht reichlichen Desquamation von Flimmerepithelien. Bekannt sind die zuweilen beobachteten eigentümlichen auslösenden Momente: bestimmte Gerüche (Ipecacuanha, Veilchen), psychische Einflüsse, reflektorische Reize (Nahe). Beachtenswert ist auch die unzweifelhafte allgemeine neurasthenische bezw. psychopatische Konstitution, die sich bei vielen (freilich keineswegs bei allen) Asthmatikern nachweisen läßt. Sucht man nach Analogien, so könnte man in gewissem Sinne an die Urtikaria erinnern. Namentlich erscheint das Auftreten der Urtikaria bei einzelnen Personen nach bestimmten Stoffen (Erdbeeren, Krebse) als beachtenswertes Analogon. St. erinnert an gewisse anfallsweise auftretende Sekretionsanomalien der Nasenschleimhaut, die dem Asthma vielleicht nahe verwandt sind (Heuschnupfen u. a.). Ferner kommen ähnliche krankkafte Prozesse an der Magenschleimhaut (gastrische Krisen, Gastroxynsis u. a.) und am Darm vor. Die sogenannte Colica mucosa bietet manche merkwürdige Analogien zum Bronchialasthma dar, um so mehr, als A. Schmidt auch hiebei Eosinophilie und „Asthmakristalle" nachgewiesen hat. Alles in allem wird man also das Asthma bronchiale als eine Sekretionsneurose auffassen müssen. Der asthmatische Grundzustand, d. h. die latente Neigung zum Auftreten der dem Anfalle zugrunde liegenden Vorgänge ist bei den betreffenden Kranken ständig vorhanden. Die Ursachen, welche den einzelnen Anfall auslösen, können aber sehr verschiedener Art sein, ebenso wie die verschiedenen Anlässe bei bestehender Disposition den Migräneanfall, den epileptischen Anfall u. a. hervorrufen. Beachtenswert ist noch die Unterscheidung zwischen dem rein asthmatischen Anfalle und der asthmatischen Bronchitis. Bei vielen Asthmatikern stellt sich schließlich eine anhaltende Bronchitis bezw. Bronchiolitis ein, die sogar mit gelegentlichen Fiebersteigerungen verbunden sein kann. Wahrscheinlich handelt es sich hiebei wenigstens zum Teil um sekundäre Prozesse. Zu der asthmatischen Bronchitis gesellen sich aber die einzelnen Anfälle als deutliche, anfallsweise auftretende Exazerbationen der Dyspnoe noch hinzu.

Was die Behandlung des Bronchialasthmas betrifft, so weist St. vor allem auf eine von ihm seit mehreren Jahren angewandte Behandlungsmethode angelegentlichst hin, die ihm in manchen Fällen geradezu vorzügliche Erfolge ergeben hat. Dies ist die Behandlung mit elektrischen Glühlichtbädern. Durch die Anwendung der Glühlichtbäder konnte selbst in schweren Fällen noch in verhältnismäßig kurzer Zeit eine scheinbar völlige Heilung erzielt werden. Die Möglichkeit von Rückfällen ist natürlich vorhanden, aber nach den bisherigen Erfahrungen waren die Erfolge auch lange Zeit anhaltend. Die subjektive anhaltende Erleichterung und das objektive dauernde Nachlassen der Bronchiolarstenose trat zuweilen schon nach wenigen (6—10) Lichtbädern ein. Jedenfalls kennt St. bis jetzt keine wirksamere Behandlungsmethode. Daneben kommen vor allem die Jodpräparate zur Anwendung, unter Umständen auch die verschiedenen Inhalationen. Wo der Verdacht einer reflektorischen Auslösung der Anfälle von der Nasenschleimhaut aus gerechtfertigt ist und wo sich insbesondere ausgesprochene krankhafte Veränderungen an der Nasenschleimhaut finden, da ist selbstverständlich eine spezialistische Behandlung der Nasenaffektion angezeigt. In vielen Fällen hat die Behandlung der Nase beim Asthma gute Erfolge gehabt. (Allg. mediz. Zentralzeitung Nr. 46, 1907.)

*

Erfolgreiche Anwendung gefäßerweiternder Einspritzungen. Von Dr. Franz Riedl, Ullersdorf.

Autor machte gelegentlich einer Warzenbehandlung bei einem Patienten folgende Beobachtung: Ein Fleischhauer hatte an seiner rechten Hand an der Kleinfingerhälfte des Handrückens eine Warzenbrut in der Größe eines Fünfkronenstückes, teils zusammenfließend, alles stark erhaben und zerklüftet. Der ganze Herd war durch eine schmale Brücke normaler Haut in zwei Gruppen geteilt. Der Mann wollte sich diese Hautwucherungen, die im Berufe hinderlich waren, entfernen lassen. R. riet ihm damals zu der einzig erfolgversprechenden Maßnahme der Ausschneidung des ganzen Herdes, und beschloß, diesen Eingriff zweizeitig durchzuführen, um ohne Entspannungsschnitte oder ähnliche Vorkehrungen den Hautverlust leicht decken zu können. Die erhaltene Brücke normaler Haut sollte die Grenze der beiden Eingriffe abgeben.

R. injizierte nun Schleich II-Lösung mit Adrenalinzusatz nicht nur in das zunächst für die Entfernung bestimmte, gegen den Handrücken zu liegende Stück der Wucherung, sondern auch in das gegen den Kleinfingerrand befindliche Gebiet, um nach Ausschnitt des ersteren bei sich günstig bietender Gelegenheit der Hautdeckung vielleicht doch auch noch den Rest zu entfernen. Letzteres traf nicht zu und er schnitt also tatsächlich nur den ersten Teil der Hautwucherung aus, und zwar bis aufs Unterhautzellgewebe, nähte zusammen und legte den Verband an. Nach acht Tagen öffnete er den Verband zur Entfernung der Nähte und war überrascht, neben der glatten Abheilung des Ausschnittes eine bedeutende Verkleinerung der restlichen Hautwucherungen zu sehen. Die weitere Beobachtung dieser Partie zeugte jedoch von keinem weiteren Rückgange, sondern bot wieder ein Aufquellen und Anwachsen der Warzen zu ihrer früheren Größe. Diese Rückbildung nach der Adrenalin-Schleich-Lösung veranlaßte Autor, in der Folgezeit sich ihm bietende Fälle, insbesondere mit Warzen an den Händen, mittels Injektion zur Rückbildung zu bringen.

R. wählt als Einspritzungsflüssigkeit eine 5—10%ige Mischung von käuflicher Suprareninlösung in destilliertem, sterilem Wasser. Ebenso wie Suprarenin läßt sich Adrenalin oder Tonogen verwenden. Am besten bewährte sich ihm für schnellste Abheilung als zuverlässigstes Einspritzmittel obige Lösung von sterilem, destilliertem Wasser und einem Nebennierenauszuge. Der Haltbarkeit wegen war es am besten, nur kleine Mengen in braunen Fläschchen herzustellen.

Vor der Einspritzung wird die übliche Desinfektion der möglichst modernen Glasmetallstempelspritze und des betreffenden Hautgebietes vorgenommen. Die nicht zu lang zugeschärfte Spitze der Hohlnadel wird etwa 2—3 *mm* vom Warzenrande entfernt flach oberflächlich unter die Warze



eingeführt, so zwar, daß die Spitze nicht ins Unterhautzellgewebe eindringt, und wird so viel an dieser Stelle eingespritzt, daß je nach der Größe der Warze eine erbsen- oder bohnengroße Quaddel entsteht. Ein Vordringen der Nadel ins Unterhautzellgewebe mit folgender Einspritzung in dasselbe habe niemals auch nur einen annähernd so guten Erfolg wie die Einspritzung lediglich in die Haut. Stets konnte Autor beobachten, daß sich nicht nur die mit der Einspritzung bedachten Warzen verkleinerten, sondern daß die Rückbildung ganz besonders auch auf die Wucherungen nicht nur der allernächsten, sondern mitunter auch der weiteren Umgebung wirkte. Dabei war andernteils eine üble Beeinflussung in örtlicher Hinsicht. gleichgültig der Einfügungsstelle, niemals wahrnehmbar.

R. spritzte bei einer solchen Warzenbehandlung die ersten zwei bis vier Male nach je zwei bis drei Tagen ein, die folgenden Einspritzungen geschahen in vier bis fünf Tagen, bis er endlich von der achten bis zehnten Einspritzung an die Einfügung nur einmal wöchentlich vornahm. Einen besonderen Verband legte er niemals an, trotzdem die betreffenden Kranken voraussichtlich nicht immer die peinlichste Sauberkeit beachtet haben dürften; immerhin aber empfahl R. ihnen natürlich eine möglichste Reinhaltung der Einspritzungsstelle durch wenigstens zwei Tage. Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen beklagten die Kranken nie, geschweige denn, daß sie sich durch Schmerzen von der Einspritzung hätten abhalten lassen, im Gegenteile, ihre Gesichter wurden um so froher, je kleiner sich die Warze zeigte.

Die Länge der Behandlungsdauer war nicht immer gleich. Im allgemeinen genügten für mäßig große, alleinstehende Warzen vier bis acht gut gelungene Einspritzungen, doch war es bei größeren und zahlreicheren Warzen oft nötig, selbst bis gegen 20 Einspritzungen vorzunehmen. Dabei sei nochmals ausdrücklich erwähnt, daß nicht jede einzelne Warze injiziert werden muß, sondern daß sich bei Gruppenbildung eine Injektion in diese Gruppe selbst für die ganze Umgebung als ausreichend erwies.

Die Erscheinungen, die sich nach einer Einspritzung ergaben, liefen ungefähr folgendermaßen ab: Gleich nach der Einspritzung wurde die Quaddel selbst und nach und nach ein immer weiteres Gebiet in deren Umgebung vollständig blaß, also blutleer. Nach individuell und der Lösung nach verschiedener Zeit, meistens schon nach einer Viertel- oder halben Stunde, spätestens nach einer Stunde, welch letzteres selten zutraf, rötete sich dieser eben erst blasse Fleck und eine noch weitere Umgebung desselben sehr lebhaft rot, schwoll an und fühlte sich sehr warm an, ohne jedoch irgendwie zu schmerzen. Diese Rötung blieb einen bis anderhalb Tage langsam abnehmend bestehen und ging scheinbar erst nach und nach in die frühere normale Beschaffenheit der Haut über. Waren jedoch an derselben Stelle schon mehrere Einspritzungen erfolgt, dann blieb die Rötung länger als zwei Tage, allerdings in kleinerem Umfange als am ersten Tage bestehen und verging in letzterem Falle erst nach fünf bis sechs Wochen. Danach eben wählte ich den Zeitpunkt der Wiedervornahme der Einspritzungen so, daß er bei häufig notwendigen Einfügungen den Patienten den Zeitpunkt des Wiederbesuches zwecks Einspritzung dem eigenen Ermessen überließ, indem er sie auf jenen Tag bestellte, an dem morgens die Rötung der einzuspritzenden Stelle geschwunden wäre. Die Erfahrung lehrte dann, daß sich die Zeiträume ungefähr, wie oben angeführt, verlängerten.

Es vollzog sich unter dieser Behandlung der Rückgang der Warze derart, daß die Warze nicht nur in ihrer Höhe abflachte und sich demgemäß in ihrer Peripherie in normale Haut umwandelte, sondern es löste sich die Rauhheit auf der Kuppe ab und wurde gelegentlich irgendwelcher Handgriffe abgeschilfert. Darunter entstand nur dann eine flache und kaum sichtbare Narbe, wenn sie durch häufige Einspritzungen gesetzt worden war. Für gewöhnlich verschwand jedoch die Warze, ohne irgend eine Veränderung der Haut zu hinterlassen. Dies war natürlich besonders dann der Fall, wenn die Warzen in der Umgebung der Einspritzung lagen, so daß sie von einer durch die Einspritzung gesetzten Hautverletzung überhaupt nicht berührt wurden. Diese Einspritzungen mußten regelmäßig, wie dargelegt wurde, fortgesetzt werden, bis jede Wucherung und Unebenheit geschwunden war. Unterließ man die Einspritzungen, besonders bei größeren Wucherungen, früher, als der letzte Rest geschwunden war, dann konnte man auf eine endgültige, dauernde Beseitigung nicht mit Sicherheit rechnen; die Wiederkehr war nicht ausgeschlossen. Es kam allerdings vor, daß die kleinen Reste vollends aufgingen, dagegen ereignete sich auch oft genug der Fall, daß aus so kleinen Resten neuerdings Warzen emporwuchsen. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 48, 1907.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 20. Dezember 1907.

Ferd. Kornfeld berichtet über eine Methode der Belastungstherapie in der Urologie und demonstriert Apparate zur Belastungstherapie hauptsächlich bei Prostataaffektionen und Harnröhrenstrikturen. Bei der Belastungstherapie der Prostata geht er folgendermaßen vor: Er führt einen sogenannten herzförmigen oder einen geigenförmigen Kolpeurynter, gut geölt und zusammengefaltet in das leere Rektum ein und füllt denselben mittels Wundspritze mit Luft, wobei die Seitenflügel des herzförmigen Ballons sich erheben, während die obere Einbuchtung sich ein wenig einzieht, so daß das Instrument Form und Gestalt einer größeren Prostata ziemlich gut imitiert. Dabei kann man durch ruck- oder stoßweises Drücken am Stempel vibrierende oder leicht klopfende Bewegungen des Ballons erzielen. Statt der Luft kann auch Wasser oder Quecksilbereingießung verwendet werden. Bei der Behandlung der Harnröhrenstrikturen geht Kornfeld folgendermaßen vor: Er bemüht sich, die Striktur mit dem eben durchgängigen Bougie zu entrieren und zu passieren, läßt dieselbe zwei bis drei Minuten liegen und ersetzt dieselbe durch eine ganz gleich gut geölte Bougie, über die ein sehr dünner Gummikondom gestülpt und mittels Katheterspanners sorgfältig über der Bougie fixiert wurde. Ist diese eingeführt, so entfernt man recht vorsichtig nach Lösung der Spannvorrichtung die Bougie, so daß der Gummiüberzug allein in der Struktur liegt. Danach füllt man mittels Wasser oder Quecksilber aus einer Spritze ganz langsam und vorsichtig, nie stoßweise oder unter allzu hohem permanenten Drucke und klemmt dann mit einem Schieber oder Péan das gefüllte und stark dehnende Rohr ab, und läßt es 10 bis 20 Minuten in der Harnröhre liegen. Der Effekt ist oft schon am nächsten Tage zu sehen. Auch bei Fällen von Enuresis nocturna hat Kornfeld bei sechs Fällen seine Kolpeurynterbehandlung mit ebenso gutem Erfolge, wie er mit allen mechanischen Prozeduren bei dieser gewiß nicht ausschließlich lokalen Neurose des Blasenmuskelapparates zu beobachten ist, angewendet.

Oskar Frankl frägt, in welcher Lage der Patient sich befindet, wenn der Belastungskolpeurynter per rectum appliziert wird.

Kornfeld: In Rückenlage.

Frankl meint nun, daß bei Rückenlage des Patienten eine „Belastung" nicht zu erzielen sei. Eine Belastung könne nur dann erzielt werden, wenn die Prostata unterhalb des Quecksilbers liegt, id est bei Bauchlagerung des Kranken.

Josef Halban ist der Ansicht, daß bei der Behandlung von Exsudaten, perimetrischen Strängen usw., die Patienten nicht nur in Beckenhochlagerung gebracht, sondern auch auf die kranke Seite gelagert werden sollen. Die vorzüglichen Resultate sprechen dafür.

Arthur Foges hat für die Dehnung hochsitzender Rektumstrikturen ein mit einem durchsichtigen Kondomfingerlinge armiertes pneumatisches Proktoskoprohr verwendet.

Kornfeld bemerkt bezüglich der Ausführungen Frankls, daß er die Patienten bei der Belastungstherapie meist in Knieellbogenposition lagere, was einer Beckenhochlagerung entspricht. Bauchlage sei für seine Zwecke, bei denen auch die Urethra häufig gleichzeitig instrumental anzugehen ist, begreiflicherweise nicht praktikabel. Auch beweise abgehendes Prostatasekret, daß die Prostata belastet wurde.

Karl Reicher demonstriert im Reichertschen Ultramikroskope Blut von einem eben narkotisierten Hunde. Man sieht im Einklange mit dem vorwöchentlichen Vortrage eine Unzahl ultramikroskopischer, in Brownscher Molekularbewegung befindlicher Teilchen, während vor der Narkose in mehreren Kontrollpräparaten bloß ein bis zwei Teilchen im Gesichtsfelde sich befanden. Der Hund hatte seit $1^1/_4$ Tagen gehungert.

Moriz Benedikt setzt seinen Vortrag über Krampf und Krämpfe fort. Er hält die Epilepsie für eine wesentlich psychische Erkrankung. Vor dem epileptischen Anfalle tritt eine Erhöhung der Reizbarkeit auf, dann findet die Entladung statt, die wie ein Shock wirkt. An Stelle der Krämpfe kommen auch choreaartige Bewegungen usw. vor. Bei Apoplexie des Gehirnes tritt in der Regel Epilepsie auf. Benedikt glaubt, daß dem epileptischen Anfalle wahrscheinlich ein vasomotorischer Shock zugrunde liege, näheres ist aber noch nicht bekannt. Der Epileptiker soll in der anfallsfreien Zeit möglichst wenig medikamentös behandelt werden; wenn Anzeichen für das Herannahen eines Anfalles auftreten, soll eine energische Therapie eingeleitet werden.

Die Epilepsie ist in vielen Fällen schon an der äußeren Kopfform zu erkennen und beginnt gewöhnlich schon im Kindesalter. Vortragender ist mit den Resultaten der operativ behandelten Fälle nicht besonders zufrieden. Nach der Operation kam es wieder zu Anfällen, die von dem exstirpierten Zentrum ausgingen. In einem Falle trat eine Hemiparese auf, die Anfälle verschwanden jedoch, in einem anderen Falle wurde Heilung erzielt.

Alexander Fraenkel stimmt Benedikt vollkommen bei in seiner Ansicht, daß wir bessere Erfolge bei der Operation erzielen, wenn wir die motorischen Zentren in der Hinrinde ausgiebig exstirpieren. Allerdings müssen wir dabei darauf gefaßt sein, im Anschluß an die Operation auch dauernde Hemiparesen und Kontrakturen in der kontralateralen Körperhälfte mit in den Kauf nehmen zu müssen. Gerade der schwerste und lehrreichste Fall seiner Beobachtung bietet diese Folgeerscheinungen zugleich mit einer vollständigen Sistierung seiner Krämpfe seit zehn Jahren. Daß die genuine Epilepsie in der weitaus größten Mehrzahl der Fälle nicht Gegenstand chirurgischer Intervention sein kann, dürfte wohl heute der allgemein vertretene Standpunkt sein. Die Beeinflußbarkeit des Epileptikergehirnes durch eine Operation, ist im Sinne Friedrichs nur für jene Fälle denkbar und zu versuchen, bei denen der Ablauf der Krämpfe auf eine spasmogene, der direkten Intervention zugängige Zone der Hirnrinde hindeuten, demnach Fälle von genuiner Epilepsie mit Jacksonschem Typus.

Anton v. Eiselsberg ist nur bei Epilepsie mit Jackson-Typus für die Operation. Auch glaubt er frühzeitigen Verschluß des durch Trauma gesetzten Defektes empfehlen zu müssen, da der Pat. dadurch länger von der Epilepsie verschont bleibe. Wenn bei Epilepsie nach Jackson-Typus operiert wird, dann soll möglichst auch das Zentrum weit exzidiert werden.

Hermann Teleky empfiehlt auch die durch Neubildungen im Gehirn verursachten Fälle von Epilepsie zur Operation. Er erwähnt einen diesbezüglichen Fall. Nach der Operation hörten die epileptischen Anfälle auf, aber es trat eine linksseitige Parese der Extremitäten und dann Kontrakturen auf, welche bis zu dem zwei Jahre nach der Operation eingetretenen Tode anhielten.

Emil Redlich erinnert daran, daß auch an Giftwirkungen bei der Auslösung des einzelnen epileptischen Anfalles zu denken sei. Was die Frage der operativen Behandlung der Epilepsie, die durch die Publikation von Krause aktuelles Interesse gewonneu hat, betrifft, so ist sie eine Nachprüfung auf breiter Basis. Die Exzision der Rindenfelder ist nach Krause in vollem Umfange zu machen. Auch wird vergleichend zu prüfen sein, ob unter Umständen nicht auch die einfache Aufklappung, die „Lüftung" des Gehirnes wirksam ist.

Moriz Benedikt spricht sich im Schlußworte auch gegen den Kocherschen Vorgang aus und erklärt, die Eröffnung des Schädels nicht bloß als „Lüftung" anzusehen; es werde dabei ein starker Shock ausgeübt und dieser kann möglicherweise an und für sich heilend wirken, wie in dem Falle, den er mit Hochenegg operiert hat.

Auch bemerkt er, daß er seine Versuche an idiopathischen Fällen mit Jackson-Typus gemacht habe. *i. m.*

V. Literatur.

Der Säugling, seine Ernährung und seine Pflege. Von Dr. Walther Kaupe, Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Bonn. Mit zahlreichen Abbildungen. („Aus Natur und Geisteswelt." Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen aus allen Gebieten des Wissens. 154. Bändchen.) Verlag von B. G. Teubner in Leipzig. [IV u. 111 S.] Preis geh. Mk. 1.—, geb. Mk. 1.25.

Es ist eine für den ärztlichen Praktiker, für jeden Freund der Gesunderhaltung des Volkes und nicht zum wenigsten für jede denkende Mutter und Frau betrübende Tatsache, daß in der Art, wie man oft die Pflege des Säuglings gestaltet, in krassester Weise jeder vernunftgemäßen Anschauung zuwidergehandelt wird. Sehen wir auch ab von den Fällen, in denen schlechter Wille das Leitmotiv ist, so sind es andererseits in der Hauptsache jene, bei denen Aberglaube, Unerfahrenheit, schlechtes Beratensein und örtliche Eigentümlichkeiten ganz besonders die Ernährung des Kindes in Bahnen leiten, die das Gedeihen, ja das Leben des Säuglings in Frage stellen. Gerade hier will und wird auch das Werkchen ein treuer Berater der jungen Mutter sein. Hier kann sie und die Pflegerin sich Rats erholen in allen Fragen, mit denen sie sich im Interesse des kleinen Erdenbürgers beschäftigen muß. So gelangen, um nur das Wichtigste herauszugreifen, zur Behandlung: das Verhalten der werdenden Mutter vor der Geburt, das Aussehen und die Lebensfunktionen des Neugeborenen, die anatomischen Verhältnisse des Säuglings, die Entstehung und Beschaffenheit der Milch sowie ihre Verdauung, die Muttermilch, die Pflicht und das Vermögen der Mutter, selbst zu nähren, ihre Lebensweise und Kleidung, die Technik des Stillgeschäfts, die Entwöhnung, die Lebensweise der Amme, die künstliche Ernährung, ihre Gefahren und die dagegen zu ergreifenden Vorbeugungsmaßregeln, die Unterschiede zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung, Sterilisation und Pasteurisation, Soxhlet, sowie die Ernährungsweise nach Abschluß der Säuglingsperiode.

Ein Gedanke ist es vor allem, der in dem Buche immer wiederkehrt, die unabweisbare Pflicht der Mutter, ihr Kind, wenn nur einigermaßen möglich, selbst zu nähren, da sie allein die Quelle für das Wohlbefinden des Kindes ist.

VI. Aus der Praxis.

Über die interne Behandlung der Syphilis mit Mergal. Von Dr. Heinrich Kanitz.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Das Mergal wirkt sicher und intensiv auf die verschiedenen Erscheinungen der Syphilis. Die therapeutische Wirksamkeit dieses gediegenen Antisyphilitikums erhellt aus der Tatsache, daß es nicht nur die einfachen und mehr typisch verlaufenden Frühformen der Syphilis, sondern auch die schweren und widerstandsfähigen Krankheitserscheinungen des sekundären Stadiums rasch und sicher beseitigt. 2. Die Verwendung des Mergals ist in der Regel von keinen schweren Komplikationen begleitet. Besonders sei hervorgehoben, daß es schwere, die



weitere innerliche Verabreichung des Merkurs behindernde Darmläsionen und damit im Zusammenhange stehende Koliken und Durchfälle gewöhnlich nicht hervorruft. 3. Die Behandlung mit Mergal ist einfach, schmerzlos, bequem, stört weder Lebensweise noch Beruf des Patienten und ist endlich — was manchmal sehr in die Wagschale fällt — überall diskret durchführbar.

Nach K. eignet sich das Mergal vorzüglich zur Durchführung von milden Nebenkuren, wie sie während der Fournier-Neisserschen intermittierenden Behandlung des öfteren vorgenommen werden sollen. Weiters für jene Fälle, in denen unangenehme Nebenwirkungen des Merkurs die Fortführung der Schmier- oder Injektionskur nicht gestatten, oder die Lebensverhältnisse oder äußere Umstände die Anwendung dieser Behandlungsmethoden schwierig oder unmöglich machen. Auch die Tabes und die Paralyse dürften ein Indikationsgebiet für das Mergal abgeben. (Dermatol. Zeitschrift Nr. 7, 1907.)

Über Veronal-Chloroformnarkose. Von Dr. W. Pokotilo, Assistenzarzt. (Zentralblatt für Chirurgie 1907, Nr. 18.)

Im Zentralblatt für Chirurgie 1907, Nr. 9, schlägt Dr. C. Strauch die Anwendung von Veronal als die Narkose erleichterndes und verbesserndes Mittel vor. Die kombinierte Veronal-Chloroformnarkose ist von P. bereits vor zwei Jahren empfohlen worden (Chirurgia 1905, Juli); seit der Zeit nun wird an der Klinik Prof. Diakonows in Moskau ausschließlich diese Form der Allgemeinanästhesie angewendet, und sind hier bisher durchaus zufriedenstellende Resultate zu verzeichnen gewesen.

P. erschien das Veronal hiefür durchaus zweckentsprechend, da dasselbe 1. vorzügliche schlaferzeugende Eigenschaften ohne jegliche üble Nebenwirkung besitzt, 2. als Derivat des Harnstoffes zwei Gruppen — Amido — (NH_2) in sich schließt, welch letzteres, wie auch in anderen Produkten des Harnstoffes, ähnlich wie Ammoniak wirkt, das heißt die Tätigkeit des Herzens anregt.

Die Einführung des Veronals in die chirurgische Praxis zeigte, daß es auch den anderen oben angeführten Anforderungen entspricht. Das Mittel wird den Kranken 1½ bis 2 Stunden vor der Operation in einer Dosis von 1·0 verabfolgt. Die Beobachtung ergab folgendes: Die Kranken schlafen nach Einnahme von Veronal in den allermeisten Fällen fest ein oder sie werden in halbschlafähnlichem Zustande in das Narkosezimmer gebracht, wobei sie sich völlig indifferent zu dem ihnen bevorstehenden ernsten Eingriffe verhalten, es sei denn, daß die Veronalwirkung durch eine nicht zeitig genug vorgenommene Vorbereitung des Patienten zur Operation, durch eine Demonstration im Auditorium u. dgl. ä. abgeschwächt wird.

Wie aus der klinischen Statistik ersichtlich, ergab die Kombination mit Veronal weit bessere Resultate, wie diejenige mit Hedonal und Bromäthyl, welch letztere wiederum dem reinen Chloroform vorzuziehen wären.

Zur internen Gonorrhoebehandlung. Von Dr. J. Weihs, Spezialarzt in Wien.

Dr. Weihs empfiehlt zur internen Behandlung der Gonorrhoe das Buccavacedrol und rühmt demselben folgende Vorteile nach: 1. Leichte Bekömmlichkeit; es hat keinen widerlichen Geschmack und stört in keiner Weise die Magendarmfunktion; 2. beeinträchtigt es nicht störend die Nierenfunktion; 3. wirkt es schmerzlindernd; 4. anaphroditisch und verhindert das Zustandekommen der qualvollen nächtlichen Erektionen; 5. wirkt es abtötend auf die Gonokokken und die von ihnen erzeugten Toxine; 6. adstringierend und sekretionshemmend auf die geschwellte und sezernierende Schleimhaut; 7. steigert es beträchtlich die Diurese; 8. kürzt es nicht nur das Stadium der akuten Entzündlichkeit, sondern auch die Gesamtdauer der Erkrankung beträchtlich ab und 9. wird es selbst in den größten Dosen anstandslos vom Organismus vertragen.

Weiters lernte er das neue Präparat besonders bei der Behandlung chronischer Zystiden schätzen und auch bei der Genorrhoe des Weibes erwies sich die Heilwirkung des „Buccavacedrol“ eklatant, indem meist nach 10—14tägiger Darreichung des Mittels eine ein- bis zweiwöchentliche Lapisbehandlung genügte, um gonokokkenfreien Harn zu erzielen.

Über Methylen-Blau bei weiblicher Gonorrhoe. Von Dr. Bukojemski.

Dr. B. hat vier Jahre hindurch Erfahrungen mit Methylenblau bei Gonorrhoe der Frauen gesammelt und äußert sich über das Mittel, das ja nicht neu ist, sehr anerkennend. Die Gonokokken werden schnell und sicher abgetötet, die Schleimhaut ist dabei aber gar nicht irgend welchen unangenehmen Reizerscheinungen ausgesetzt. Man kann geradezu von spezifischer Wirkung des Mittels gegen Gonorrhoe sprechen. Die Lösung ist ziemlich gesättigt, 4·5%, und wirkt sehr schnell. Im akuten Stadium wird die Behandlung folgendermaßen eingeleitet: Vulva und Vagina werden mit ½% Formalinlösung abgewaschen und daraufhin die Urethra, Zervix, Zervikalkanal und Vagina mit dem Mittel bestrichen mittels einer watteumwickelten Sonde. Dieses Einpinseln geschieht dreimal wöchentlich, und zwar jedesmal so ausgiebig, daß das Gewebe wie mit blauer Farbe durchtränkt erscheint.

In der Mehrzahl der Fälle wurde eine sofortige schmerzstillende Wirkung konstatiert und ein völliges Verschwinden der Gonokokken, sogar nach dreimaligem Bepinseln. Gleichzeitig nimmt die Röte und das Ödem der Gewebe ab. Diese Resultate sind ja recht ermutigend und spornen jedenfalls zu erneuten Versuchen an, denn das Methylenblau war ja schon seit einiger Zeit von der Bildfläche verschwunden, um immer neueren und oft nicht besseren Präparaten Platz zu machen.

Über die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin und abgetötete Typhusbazillen. Von Dr. Bayer, Reichenberg.

Die Entdeckung, daß die Bindehaut, wenn man eine verdünnte Lösung von Kochschem Tuberkulin in das Auge einträufelt, bei tuberkulösen Individuen sich lebhaft rötet und entzündet, ist für den Praktiker von großer Bedeutung, weil sie leicht und sicher, dabei aber milde und harmlos, erkennen läßt, ob im Körper Tuberkulose vorhanden ist. Ein deutscher Forscher, Wolff in Berlin war es, welcher, angeregt durch die Mitteilung von V. Pirquet, über die Reaktion der Haut auf Tuberkulinimpfung, zuerst den Versuch machte, ob die Bindehaut bei Tuberkulösen auf eine 10%ige Tuberkulinlösung reagiere, er fand, daß in einigen Stunden nach der Einträufelung, wenn irgend eine Stelle des Körpers tuberkulös erkrankt ist, die Bindehaut sich rötet, anschwillt und mehr absondert. Der französische Kliniker Calmette hat denselben Erfolg mit einer 1%igen Tuberkulinlösung erzielt, die Reaktion trat in 6—10 Stunden ein, war an der Rötung und Schwellung der Plica semilunaris und Karunkel leicht wahrzunehmen, erreichte ihren Höhepunkt innerhalb 10 bis 20 Stunden und war in 1—2 Tagen abgelaufen. Doch gab es, namentlich bei Kindern, auch Reaktionen, die 4—6 Tage und darüber währten. Über Schmerz wurde niemals geklagt, die Temperatur nicht merklich beeinflußt. Diese Angaben wurden von verschiedener Seite in Frankreich von Lutelle, Leroux, Comby, Dufour, Bazy, Lépine usw., in Belgien von Derscheid, in der Schweiz von Métraux, in Italien von Colzolaji, in Deutschland von Citron, Eppenstein, Leber bestätigt, so daß an ihrer Richtigkeit nicht gezweifelt werden kann. Der Referent hat sich auch selbst davon überzeugt.

Bisher haben wir geglaubt, daß nur tuberkulöses Gewebe auf Tuberkulin reagiere, die Augenreaktion lehrt uns aber, daß auch anscheinend gesundes Gewebe an der Applikationsstelle des Tuberkulins in Entzündung geraten kann. Dagegen unterliegt die Ophthalmoreaktion in diagnostischer Beziehung derselben Einschränkung, wie die subkutane Tuberkulineinspritzung. Sie zeigt eben nur an, daß Tuberkulose im Körper vorhanden ist, sagt uns aber nicht, ob ein bestimmtes Organleiden tatsächlich tuberkulöser Natur ist. Es ist daher in dieser Hinsicht der positive Ausfall der Probe im allge-

meinen mit Vorsicht zu verwerten. Immerhin wird sie differential diagnostisch bei Bedacht von Miliartuberkulose, Meningitistuberkulose und ähnlich angewendet werden können. Tuberkulöse Augenaffektionen selbst können sich dabei durch das Auftreten äußerst heftiger Reaktionserscheinungen verraten, es ist daher angezeigt, in solchen Fällen bei der Verdünnung des Tuberkulins noch unter 1 v. H. herabzugehen. Interessant ist auch die Beobachtung, daß Kinder mit skrophulösem Bindehaut- oder Hornhautekzem in 75—80% auf die Einträufelung mit Alttuberkulin positiv reagieren.

Chantemesse kam auf den Gedanken, diese Methode auch bei Typhuskranken für die Diagnose zu verwerten, und siehe da, auch da stellte sich bei Typhösen nach der Einträufelung einer verdünnten Lösung von abgeröteten Typhusbazillen in 2—3 Stunden unter Wärmegefühl, Tränen eine Rötung der Konjunktiva und Fibrinexsudation ein, die sich noch nach einigen Tagen nachweisen ließ.

Diese Reaktion ermöglicht daher eine rasche, präzise Typhusdiagnose ohne nachfolgende Untersuchung im Laboratorium und wird daher dem Praktiker recht wertvoll werden. (Korrespondenzblatt des Vereins deutscher Ärzte, Reichenberg Nr. 19, 1907.)

VII. Notizen.

Der 25. Kongreß für innere Medizin findet vom 6. bis 9. April 1908 in Wien unter dem Präsidium v. Müller (München) statt. Am ersten Sitzungstage, Montag, den 6. April 1908, referieren v. Rosthorn und Lenhartz über „Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen. Am dritten Sitzungstage, Mittwoch, den 8. April 1908: Adolf Schmidt: Über die neueren klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktionen und ihre Ergebnisse. Weiters sind folgende Vorträge bereits angemeldet: Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Syphilis (Neisser, Breslau); Über experimentell erzeugte Leberzirrhose und einige Beobachtungen dabei (Fischler, Heidelberg); Nephritis und Blutdruck (Horner, Wien); Über Blutmenge und Blutverteilung bei Anämie (Morawitz, Heidelberg); Drüsenfieber (Pfeiffer, Wiesbaden); Die endgültige Beseitigung des Begriffes: Perspiratio insensibilis (Schwenkenbecher, Heidelberg). Anmeldungen von Vorträgen sind bis zum 1. Februar 1908 zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13. Anmeldungen von Vorträgen nach dem 1. Februar 1908 und solche mit „Thema vorbehalten" können nicht berücksichtigt werden. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Herrn Prof. Dr. Herm. Schlesinger, Wien I., Ebendorferstraße 10.

Die Sitzordnung der Mitglieder des Abgeordnetenhauses nebst Angabe der politischen Parteistellung der 18. Session 1907 zeigt uns ein unter diesem Titel, zu dem billigen Preise von 50 h (mit Porto







55 h), eben bei G. Freytag & Berndt, Wien VII/1, Schottenfeldgasse 62 erschienenes Tableau in sehr übersichtlicher Form.

Roald Amundsen, Die Nordwest-Passage. Meine Polarfahrt auf der Gjöa. Etwa 500 Seiten Groß-Oktav mit 140 Illustrationen und 3 farbigen Karten. Umschlag von Wilhelm Schulz. Komplett in 16 vierzehntägigen Lieferungen zu 70 Pfennigen. Erste Lieferung. Verlag von Albert Langen in München. — Schon die erste Lieferung, die uns soeben von dem Verlag Albert Langen zugeschickt wird, läßt ersehen, daß es sich um ein prächtig ausgestattetes, reich und schön illustriertes Werk handelt, das sicher großes Aufsehen machen und viele Käufer finden wird. Was schon hier besonders angenehm auffällt, ist die glänzende Darstellungskunst des Verfassers. Was er gibt, ist nicht eine trockene Reiseschilderung, wie viele andere Nordpolbücher, sondern eine frische, lebendige, spannende und höchst amüsante Erzählung, leicht und erfreulich zu lesen.

VIII. Bibliographie.

A. Reibmayr, Entwicklungsgeschichte des Talentes und Genies. 1. Teil: Die Züchtung des individuellen Talentes und Genies in Familien und Kasten. Mit 3 Tafeln. 10 Mk. Verlag J. F. Lehmann, München 1908.

Über abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Von M. Graefe, Halle. Mk. —.80.

Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Von Dr. jur. Weinberg, Berlin. Mk. 1.—. Verlag Karl Marhold, Halle a. S.

Die menschliche Plazenta als Assimilationsorgan. Von Dr. J. Hofbauer, Königsberg. Verlag Breitkopf & Haertel, Leipzig.

Seltene und weniger bekannte Tripperformen. Von Dr. Louis Jullien. Übersetzt von Dr. G. Merzbach, Berlin. Alfred Hölder, Wien-Leipzig 1907.

IX. Eingesendet.

Kundmachung. Aus den Zinsen der Dr. Leopold Johann Heinemann-Stiftung ist ein Stipendium im Betrage von zirka K 780 jährlich an einen an der Universität oder einer anderen Hochschule in Wien Studierenden ohne Rücksichtnahme auf Nationalität und Konfession für die Dauer der ordnungsmäßigen Studienzeit zu verleihen. Zur Erlangung dieses Stipendiums sind die Deszendenten der beiden erblasserischen Schwestern, Frau Wilhelmine Brady, geborenen Heinemann in Wien VIII., Wickenburggasse 13, und der verstorbenen Frau Theresia Katz, geborenen Heinemann, zuletzt in Prag wohnhaft, berufen. Die Bewerber um dieses Stipendium haben die bei Stipendiumsverleihung überhaupt vorgeschriebenen Dokumente (Tauf- oder Geburts- und Heimatsschein, Impfzeugnis und die Studienzeugnisse der beiden letzten Semester) ihrem Gesuche beizuschließen, außerdem den Verwandtschaftsgrad, sowie daß sie die Universität in Wien oder eine derartige daselbst befindliche Hochschule als ordentliche Hörer frequentieren, welche die nach Absolvierung einer Mittelschule abgelegten Maturitätsprüfung als Voraussetzung der Inskription vorschreibt, nachzuweisen und die Zeugnisse, aus welchen die sittliche Aufführung und der Fleiß ersichtlich ist, dem Gesuche beizulegen und dasselbe beim Wiener Medizinischen Doktorenkollegium in Wien I., Rotenturmstraße 19, bis längstens 1. Februar 1908 mittags 12 Uhr zu überreichen. Nur die mit einem legalen Armutszeugnisse versehenen Bewerbungsgesuche genießen die Stempelfreiheit.

Wiener Medizinisches Doktorenkollegium.



Teufel's Spezialitäten.

Letzte Neuheit!

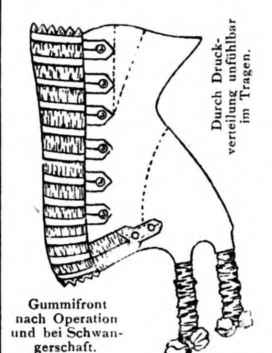
Poröses, dauernd elastisches

WICKELBAND

ohne Gummifaden, mit seitlich geschlossenen Rändern, nicht ausfasernd! In Breiten v. 4—20 cm.

Zu haben in allen besseren Bandagen- und Sanitätsgeschäften.

Korsett „Sanitas"



Patent 28163.

Als einzig verlässliche Bauchstütze

anerkannt, von den **bedeutendsten** Frauenärzten, Operateuren und Internisten empfohlen. Bewirkt vorteilhafteste moderne Figur bei überraschend angenehmem und sicherem Sitzen. — Massanleitung auf Verlangen.

Preis von 50 Kronen aufwärts.

Den Herren Ärzten stehen spezielle Auskünfte sowie verbilligte Probemieder zur Verfügung.

Maison E. Squarenina
Wien I., Bognergasse 2.

FLORICITHIN

hervorragend bewährt bei funkt. Impotenz.

Dosierung 3 mal täglich 2 Pillen.

Erhältlich in allen Apotheken.

Generalvertreter für Österreich-Ungarn und Balkan:
Ed. Than, Wien III., Linke Bahngasse 5.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Ungarisch-Kroatische See-Dampfschiffahrts-Aktien-Gesellschaft in Fiume.

Über Fiume

führt die kürzeste und wegen der Fahrt zwischen den Inseln entlang die vor Seekrankheit am besten geschützte Route nach

Dalmatien

Regelmäßig Fahrten jeden Tag mittels der den größten Komfort bietenden u. elektrisch beleuchteten Dampfer. Zur Logierung werden „Hotel Bristol" in Zara und „Hotel Imperial" in Ragusa bestens empfohlen.

Genaue Fahrordnung siehe in Waldheim's Kondukteur Nr 593—604.

Bei Tuberkulose und katarrhalischen Affektionen

wird das wasserlösliche, wohlschmeckende und vorzüglich verdauliche Guajacol-Präparat:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonym: **Aphthisin in Sirupform** oder

Capsulae Guajacoli comp. Hell

Synonym: **Aphthisin in Kapseln**

NB. Wir bitten ausdrücklich Syrupus Guajacoli „Hell" zu ordinieren, da sich dieses Präparat ganz wesentlich in der Wirkung von anderen ähnlichen Syrupen unterscheidet.

mit bestem Erfolge angewendet. Das Guajakolpräparat Hell ist das zuverlässigste und bestverdauliche Guajakolpräparat, das aus den wirksamen Bestandteilen des Buchenholzteeres und des Steinkohlenteeres gewonnen wird und aus 9 Teilen guajakolsulfosaurem Kalium und aus 1 Teil Petrosulfol-Ammon besteht.

Dosis: 3—4mal täglich ein Teelöffel vom Sirup oder 3—4mal täglich 1—2 Stück der Kapseln.

LITERATUR: „Zur Behandlung der Lungentuberkulose" in Nr. 9 des „Medicin.-chirurg. Centralblatt" vom Jahre 1902 und „Beiträge zur Behandlung der Lungenerkrankungen" in Nr. 17 und 18 der „Ärztl. Centralztg." vom Jahre 1902; „Die Behandlung nicht tuberkulöser Erkrankungen der Atmungsorgane" in Nr. 41 der „Ärztl. Centralzeitung" vom Jahre 1902; „Beitrag zur rationellen Behandlung der Lungentuberkulose" in Nr. 45 der „Wiener Medic. Presse" vom Jahre 1902; „Medic.-chirurg. Centralblatt" Nr. 44, 1902, und „Leipziger Reichsmedizinalanzeiger" Nr. 12, 1903 und andere mehr.

Literatur und Proben stehen auf Verlangen zu Diensten.

Detailpreis einer Flasche Sirup **3** K, in Krankenkassa-Packung **2** K, einer Schachtel Kapseln **2** K.

Für Krankenkassen und ärmere Kranke bitten wir zu ordinieren:
Syr. Guajacoli comp. Hell lagen. min. (à 2 K).

Die Verabfolgung in den Apotheken erfolgt nur auf ärztliche Verordnung. 230

Fabrik pharmazeutisch chemischer Produkte **G. Hell & Comp., Troppau und Wien.**

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/$_1$, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 3. Wien, 18. Jänner 1908. **Nr. 3.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über die Möglichkeit, das Klima zu beeinflussen.

Von **Dr. Witte,** Kudowa.

(Schluß.)

Nun möchte ich schließlich noch über den bis jetzt nur kurz erwähnten Einfluß der Sonne auf das Klima einige Betrachtungen anstellen. Die Wirkung der Sonne beruht darauf, daß sie der Erde Licht und Wärme spendet; alle auf der Erde zur Geltung kommende Energie, auch Elektrizität, Schall, überhaupt jede Form der Kraft rührt in letzter Linie von der Sonne her, ist nichts als auf und in der Erde auf die mannigfachste Weise, in ihren Wasserfällen und ihren Kohlenlagern aufgespeicherte Sonnenwirkung.

Ist also der Einfluß der Sonne auf die Entwicklung unseres Planeten auch gewiß nicht zu unterschätzen, so frägt es sich doch, wie weit der zeitweilige Ausfall ihrer Wirkung bei den mannigfachen Formen der Klimaschwankung ins Gewicht fällt.

Gerade Licht und Wärme produzieren wir jetzt auf der Erde in ausgedehntestem Maße, in sehr vollendeter Form und mit verhältnismäßig geringen Kosten.

Daß wir die Lichtwirkung der Sonne künstlich nicht besser ersetzen können als durch das immerhin recht primitive Lichtbad, liegt darin, daß es technisch bis jetzt tatsächlich nicht möglich ist, derartige Lichtstärken zu entwickeln, um aus größerer Entfernung genügend intensiv zu wirken. Praktisch ist das aber auch garnicht nötig, denn für die allermeisten Zwecke der Menschen reicht das Tageslicht selbst bei starker Bewölkung des Himmels vollkommen aus. Was uns an trüben Tagen stört, ist weniger der Mangel des Lichtes; dieser Fall liegt höchstens bei ganz dickem Nebel vor, wie man ihn bei uns kaum beobachtet. Was uns fehlt, sind vielmehr die Wärmestrahlen der Sonne, welche durch die trübe Atmosphäre in ungleich stärkerem Maße absorbiert werden und weniger als ihre Lichtstrahlen hindurchdringen können.

Bezüglich der Wärme liegen nun aber die Verhältnisse ganz anders als beim Licht. Die der Erde von der Sonne täglich zugehende Wärmemenge ist mittels besonderer Instrumente gemessen und berechnet worden. Die gefundene Wärmemenge ist zwar für die ganze Erde im Laufe eines Tages ungeheuer groß, aber für einen beschränkten Raum bewertet sie sich doch auf eine selbst nach unseren Begriffen bescheidene Größe, nämlich auf zirka drei Kalorien pro Quadratzentimeter in der Minute, das ergibt nach einer ungefähren Berechnung bei senkrechter Bestrahlung, wie sie nur in der heißen Zone um Mittag stattfindet, pro Hektar und Minute die Verbrennungswärme von etwa 40 *kg* Steinkohlen.

Für die Gegend von Montpellier in Südfrankreich ist (nach Meyers Konv.-Lex.) eine jährliche Wärmemenge berechnet worden, welche eine Wasserschicht von 1·22 *m* verdampfen oder eine Eisschicht von 9·15 m Dicke schmelzen würde. Für unser heimisches Klima dürfte es also noch erheblich weniger sein. Das ist sicherlich keine durch überwältigende Größe imponierende Zahl, wie wir sie bei solchen Berechnungen zu hören gewohnt sind, zumal wenn man bedenkt, daß es sich für unsere Zwecke immer nur um eine bescheidene Unterstützung der durch Wolken zurückgehaltenen oder zu schräg auffallenden Wärmestrahlen der Sonne handeln würde.

Die Schwierigkeit liegt also nicht in der Aufbringung des für einen beschränkten Raum nötigen Wärmequantums, als vielmehr darin, daß man die Bedingungen, wie die Sonne auf die Erde wirkt, nicht ohne weiteres nachahmen kann. Die von der Sonne ausgehenden, auf die Erdoberfläche auffallenden Wärmestrahlen werden vom Boden aufgenommen, absorbiert, und erst von dort allmählich wieder, auch während der Nacht, an die Atmosphäre abgegeben. Dieser Modus ist natürlich bei künstlicher Erwärmung praktisch unmöglich nachzumachen. Es könnte sich nur darum handeln, ob sich nicht durch eine unterirdische Erwärmung des Bodens dasselbe erreichen ließe, etwa durch eine Form von Warmwasserheizung. Ich kann mir keinen Grund denken, warum das nicht gehen sollte. Zur weiteren theoretischen Erörterung dieser Frage müßte man die Leitungsfähigkeit des Erdbodens für Wärme, die in den Lehrbüchern als mittelmäßig angegeben wird und je nach der Qualität des Bodens nicht immer gleich zu sein scheint, genau kennen, um berechnen zu können, in welche Tiefe die Wärmerohre zu legen wären. Je besser die Wärmeleitung durch den Erdboden wäre, um so tiefer dürften die Rohre liegen, um so breiter würde der Bodenstreifen an der Oberfläche ausfallen, welcher von unten her erwärmt



würde. Ein praktischer Versuch würde besser als alle Überlegung die Schwierigkeiten lösen. Ich habe mir gedacht, daß auch die Leitungsrohre einer zentralen Wasserversorgungsanlage dazu dienen könnten.

Das Projekt, den einzelnen Häusern mittels der Wasserleitung im Winter ein vorgewärmtes Wasser zuzuführen, begegnet allerdings in den Kreisen der Hygieniker und Wassertechniker bis jetzt großem Widerstand, angeblich mit Rücksicht auf den Gebrauch des Wassers zum Trinken, obwohl ein 12grädiges Wasser jedenfalls gesundheitlich mehr zu befürworten ist, als das 0grädige im strengen Winter, und selbst bei stärkerer Vorwärmung in der kalten Jahreszeit das Trinkwasser leicht wieder abgekühlt werden könnte.

Ich bin der Meinung, daß man auch aus anderen praktischen Gründen mit der Zeit darauf kommen wird, das Leitungswasser während der kalten Jahreszeit vorzuwärmen, wenigstens bis auf das Optimum der Trinkwassertemperatur. Ein merklicher Einfluß auf das Klima läßt sich davon allerdings nicht erwarten. Aber in Kurorten, wo eine, wenn auch nur geringe und auf bestimmte Strecken beschränkte Bodenerwärmung in den kühlen Zeiten der Saison von größter Bedeutung wäre, wird man es vielleicht zweckmäßig finden, die Vorwärmung des Leitungswassers höher zu treiben, in Anbetracht dessen, daß gerade in Kurorten der Gebrauch des Leitungswassers zum Trinken wenig ins Gewicht fällt, da Einheimische wie Fremde meist ihren Brunnen trinken, und in solchen kühlen Zeiten der Saison Wärme allenthalben auch in den Häusern not tut. Jedenfalls ist für unsere deutschen und speziell schlesischen Bäder die Frage einer Beeinflussung des Klimas im Sinne einer Erwärmung ganz besonders wichtig, und wenn sie auf die angedeutete Weise lösbar wäre, so würden die Kosten für Kohlen — das kann man jetzt schon mit Sicherheit sagen — gar keine Rolle spielen.

Wir sind im Verlaufe dieser Abhandlung immer mehr dazu gekommen, den Begriff des Klimas so zu verstehen, wie es für die praktischen Interessen der Kurorte sich ergibt. Für diese ist ja auch die Frage einer Beeinflussung des Klimas von besonderem Werte, und für diesen speziellen Zweck war die Erledigung meiner Aufgabe von vornherein gedacht. Wenn sich auch nicht sehr viel für die Lösung unseres Problems erhoffen läßt, so wird es doch — meine ich — gerade genug sein, um planmäßig das zu erstreben, was für den einzelnen Fall auf Grund unserer Betrachtungen erreichbar erscheint. Jede auch nur geringfügige Veränderung zum besseren wird von den daran interessierten Parteien, vor allem dem Publikum, das unsere Kurorte zur Wiederherstellung seiner Gesundheit aufsucht, und dabei sehr wesentlich von den klimatischen Verhältnissen abhängig ist, zweifellos dankbar begrüßt und anerkannt werden.

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

(Vortrag Brieger über Hydrotherapie.)

Die Hydrotherapie vermag auch bei Herzkrankheiten, dadurch, daß ihre Heilpotenzen reflektorisch wirken gemäß dem jeweiligen Zustande der Insuffizienz und der Schonung oder Übung des Herzens, die Herzaktion in ihren feinsten Nuancierungen zu beherrschen. Eine geschickte Verwertung der lokalen Kälte vermag im akuten Stadium und im Stadium der beginnenden Kompensationsstörungen einer Herzerkrankung wesentliche Erleichterung zu verschaffen. Ist die Akkumulation erreicht, so schleichen wir mit unseren hydriatischen Reizen langsam ein, verringern die Reizintensität und verlängern die Reizdauer. Die gegenwärtig als Universalmittel in Anwendung gezogenen Kohlensäurebäder sind nach unseren Erfahrungen nur dann indiziert, wenn schonend — übende — Prozeduren erforderlich sind, während wir die Wechselstrombäder als ausgezeichnete herzübende Maßnahmen betrachten. In dem Stadium der Übung sind ferner energische hydrotherapeutische Reizungen am Platze; und ist erst die Kompensation völlig erreicht, so vermag sachgemäß hydriatische Behandlung eventuell in Verbindung mit Gymnastik, die so gefürchtete Kompensationsstörung recht lange hintanzuhalten.

Die Rolle des Herzschlauches bei funktionellen und organischen Herzleiden ist für die Therapie noch lange nicht genügend gewürdigt. Wenig bekannt scheint auch zu sein, daß wir im Herzschlauch ein oft auch äußerst wichtiges diagnostisches Mittel besitzen, da eine prompte Reaktion des Herzens auf denselben andeutet, daß es sich nicht um eine organische Erkrankung des Herzmuskels handeln kann.

Feuilleton.

Bedeutung und Anwendbarkeit der physikalischen Heilmethoden in der ärztlichen Praxis.

Von **O. Vierordt**, weil. Direktor der Heidelberger med. Poliklinik.

(Schluß.)

Ein weiteres Beispiel der Klärung unserer Anschauungen ist das folgende: Uralt ist die Anwendung von heißem Dampf, heißem Wasser, heißer Luft zu allen möglichen Heilzwecken. Just eben ist ein Werk von Martin erschienen, welches das deutsche Badewesen vergangener Tage schildert und zeigt, in wie hohem Grade vor Jahrhunderten in Deutschland diese Verfahren verbreitet waren; ihr Gebrauch gründete sich auf allgemeine Vorstellungen und Erfahrungen, auf naturgemäß höchst unklare Indikationen. Denn was wußte man vom Kreislauf und den Geweben, die bekanntlich von diesen Hitzeapplikationen intensiv beeinflußt werden? Bis in die neueste Zeit haben wir über diese Dinge Exakteres nicht viel erfahren; heute aber sind wir durch die wundervollen jahrzehntelangen Untersuchungen, welche Bier, von allgemein biologischen Erwägungen ausgehend, über diese Dinge angestellt hat, in einen gesicherten, durchaus wissenschaftlichen Besitz über die Einwirkungen der Hitze auf die Gefäße in der Haut und in der Tiefe, auf das Blutgefühl und Blutbedürfnis der Gewebe und auf die Gewebe selbst usw. gekommen. Die Indikationen für die Anwendung der Hitze sind dadurch mit einem Schlage klarer geworden und Sie wissen, welch auffällige Heilerfolge mit den betreffenden Methoden jetzt erzielt werden.

Eine durchaus ähnliche Entwicklung haben neuerdings unsere Kenntnisse über die Wirkungen des Lichtes genommen. Seit unvordenklichen Zeiten ist es nach allgemeiner Erfahrung als ein unentbehrlicher Lebensspender betrachtet worden: erst die allerneueste Zeit hat uns klarere Vorstellungen über die Einwirkung gewisser Strahlen des Sonnenspektrums auf Bakterien, pathologische Gewebe u. a. m. gebracht. Ich erinnere hier an die interessanten Beobachtungen Bernhardts in Samaden über die Einwirkung des Sonnenlichtes auf die Heilung von Wunden; auch künstliche Lichtquellen aller Art spielen, wie Sie wissen, in der modernen Therapie eine gewisse Rolle.

Noch nicht so klar sehen wir bezüglich der Rolle, welche das Radium in den Heilquellen spielt. Bekanntlich hat die eigentümliche, allgemein belebende, gewisse Organe wie Magen, Nieren usw. anregende Wirkung mancher Heilquellen schon seit den Zeiten des Altertums nicht nur den Laien angezogen, sondern auch den Ärzten zu denken gegeben und so hat ja von jeher die leidende Menschheit die Heilquellen aufgesucht da, wo sie aus der Erde sprudeln; als im vorigen Jahrhundert die Chemie diese Quellen zu analysieren begann, wurde der Glaube an die Heilquellen verlacht, weil die in ihm entdeckten, wenn man so sagen darf, landläufigen Stoffe jedem beliebigen Trinkwasser einverleibt werden konnten. Da scheint es nun fast, als wenn die Entdeckung des Radiums ein neues Licht auf die Wirkungen der frisch benutzten Heil-



Ebenso ist der Heilwert der Teilabreibuug bei beginnender Arteriosklerose noch viel zu wenig anerkannt.

Über den Einfluß der Hydrotherapie auf Magenkrankheiten hat B. sich bereits dahin ausgesprochen, daß die Anwendung hydriatischer Maßnahmen nicht nur die Ausführung rigoroser Küchenrezepte erleichtern, sondern dieselben manchmal überhaupt entbehrlich machen wird, gleichwie die für den Patienten so unangenehme Prozedur des Magenschlauches recht oft durch bequemere und rationellere Hydriatika ersetzt werden dürfte. Und zwar kommen bei Magenkranken allgemeine, den ganzen Körper treffende und außerdem lokale, auf die Magengegend und das Abdomen beschränkte Prozeduren zur Verwendung.

Ein recht dankbares Feld für die hydriatische Tätigkeit bildet die Behandlung der Gelenkkrankheiten, wobei vor allen Dingen auch das Herz geschont wird. Nicht nur die sogenannten rheumatischen Gelenkaffektionen kommen hier in Betracht, sondern auch die sonstigen Maßnahmen so intensiv trotzenden gonorrhoischen Gelenkentzündungen. Wärmestauende und wärmezuführende Prozeduren, besonders der Dampfstrahl, Longuetten und erregende Umschläge sind hier unsere therapeutischen Waffen. Hervorheben möchte B., daß die akuten, infektiösen Gelenkentzündungen, bei denen die Antirheumatika und Wärmeprozeduren völlig versagen, ein sehr dankbares Feld für die Behandlung durch permanente Longuetten bilden.

Auch bei der Behandlung der Konstitutionskrankheiten mittels Hydrotherapie vermögen wir die sonst so rigorosen Diätbestimmungen zu erleichtern. Von größter Wichtigkeit hiebei aber ist eine scharfe Auswahl der gegebenen technischen Mittel. So wird einfache Schweißerzeugung bei Behandlung der Gicht unwiderruflich das Auftreten von neuen Anfällen begünstigen, während wärmestauende Prozeduren den gichtischen Prozeß günstig beeinflussen. Im Gegensatze zu den gebräuchlichen Entfettungskuren, welche man im allgemeinen wohl als Unterernährungskuren ansehen muß, und wobei Herz- und Nervensystem häufig arg geschädigt werden, vermag eine rationelle Wasserkur mit Gymnastik und Massage herbeizuführen unter Schonung des Nervensystems.

Die Bäderanwendung bei bereits bestehenden Infektionskrankheiten ist schon seit längerer Zeit Gemeingut der Medizin. Damit ist aber noch lange nicht das Rüstzeug des Hydrotherapeuten bei Infektionskrankheiten erschöpft. Gewechselte Packungen vermögen unter anderem Infektionskrankheiten zu koupieren, jedenfalls aber den Ablauf derselben milder zu gestalten, ohne an das Herz solche Anforderung zu stellen wie die Bäderbehandlung.

Auf der Naturforscherversammlung in Breslau hat B. bereits über seine hydrotherapeutischen Erfahrungen bei einigen Nervenkrankheiten berichtet. Wir vermögen durch die thermischen und mechanischen Reize der Hydrotherapie auf dem Wege des Reflexes, Respiration, Zirkulation und Herztätigkeit zu beherrschen. Durch kurze flüchtige Reize steigern wir die Erregbarkeit der motorischen und sensiblen Nerven, durch längere Applikation energischer Reize setzen wir dieselbe herab. Die Kontrasttemperatur, die Indifferententemperatur werden reizwirkend oder reizabhaltend einwirken. Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse werden wir imstande sein, die einzelnen verschiedenartigen Indikationen, wie sie die Nervenkrankheiten in so wechselvollem Spiele darbieten, nachzukommen. Auf diese Weise wurden von 162 Fällen von Tabes dorsalis 69 Prozent gebessert, von Ischias 80 Prozent geheilt.

In der Abteilung für Augenheilkunde sprach Herr Prof. Raehlmann, Weimar, über Die Theorie der Licht- und Farbenempfindung auf anatomisch-physikalischer Grundlage, wozu die Abteilungen für Physik, Zoologie, Anthropologie und Anatomie und Physiologie eingeladen waren.

Im menschlichen Auge und im Auge der Wirbeltiere überhaupt liegt die empfindliche Schichte der Netzhaut, die Schichte der Stäbchen und Zapfen, an der Außenseite der Membran, vom Lichte abgewendet und dem für Licht undurchlässigen Netzhautpigment zugekehrt. Das ins Auge dringende Licht muß also sämtliche verhältnismäßig dicke Netzhautschichten, welche bekanntlich für Licht selbst unempfindlich sind, durchsetzen, bevor es in die empfindliche Schichte zu den Stäbchen und Zapfen gelangt. Es trifft daher diese letzteren in einer Einfalls- und Bewegungsrichtung, welche der Richtung, in welcher die Leitung zum Zentralorgan stattfindet, gerade entgegengesetzt ist. Die den Stäbchen und Zapfen analogen Endorgane der übrigen Sinnesnerven stehen sämtlich anders! Sie sind ausnahmslos mit den meist auch stäbchenähnlich gebildeten Enden dem einwirkenden Reize direkt zugewandt. Also die Endorgane der Gehörs-, Geruchs-, Geschmacks- und Gefühlsnerven sind so gelagert, daß sie den einwirkenden Reiz direkt und zuerst empfangen

---

quellen zu werfen geeignet sei. Es stellt sich heraus, daß die Radioaktivität, welche sich in einem Teile der Heilquellen hat feststellen lassen, ausschließlich an das frisch entnommene Wasser gebunden ist, d. h. nach der Entnahme sich rasch verliert. Wir wissen ferner, daß die Radiumbestrahlung und Radiumemanation eine wunderbare Wirkung auf gewisse Bakterien, auf Fermente wie Pankreatin und Pepsin und auf gewisse Gewebe hat. Es liegt nahe die Heilwirkung stark radiumhaltiger Mineralwasser mit diesen neuesten Beobachtungen in Beziehung zu bringen, und so meinen manche, daß wir jetzt bezüglich jener mystischen und unverständlichen Wirkungen gewisser Mineralwasser auf dem Wege zu klaren, naturwissenschaftlichen Vorstellungen seien. Dieser Gedanke hat in der Tat außerordentlich viel bestechendes.

Was sich Ihnen aber weiter im besonderen Maße darbieten wird, das ist ein Stück der modernen Organisation der Krankenbehandlung.

Die Sanatorien haben sich bekanntlich an Güte, Vielseitigkeit und Zahl in einem außerordentlichen Maße entwickelt, und sie sind uns durch ganze Kategorien von Krankheiten durch ihre allseitige Ausbildung einer hygienisch-diätetisch-physikalischen Therapie und durch die gebotene ärztliche Überwachung und Erziehung der Kranken, auch fürs Leben zuhause, ganz unentbehrlich geworden. Es besteht eine starke Strömung, ihre Anwendung erheblich auszudehnen, die vor kurzem in einer Arbeit von Albu zu sehr lebhaftem Ausdrucke gekommen ist.

Diese Bestrebungen sind wohl begründet. Man wird sich aber doch hierin gewisser Grenzen bewußt bleiben müssen. Abgesehen davon, daß für viele leichte Kranke dies schwere Geschütz des Sanatoriums, insbesondere im Falle einer gedeihlichen Weiterentwicklung unserer Kurorte, auf die ich gleich komme, entbehrlich ist — es gedeihen denn doch viel Patienten besser in der Freiheit, für manche ist das enge Zusammenleben mit anderen Patienten und die eingehende ärztliche Überwachung an sich nicht förderlich, manchen ist es besser, wenn sie z. B. ihren Tisch, eventuell innerhalb diätetischer Grenzen, frei wählen beziehungsweise frei wechseln können; — und auch die mit Recht so hoch zu veranschlagende Erziehung der Patienten zu vernünftiger, individuell angepaßter Lebensweise zuhause, hat nicht überall den gleichen und selten einen absoluten Wert. Denn wie der Patient den Kompromiß findet zwischen seinen Pflichten zuhause und den Erfordernissen seines leiblichen Wohles, das wird ihm ohne Zweifel am besten ein das gesamte Gebiet der Krankenhygiene beherrschender Hausarzt sagen können.

Also so außerordentlich hoch ich auch die Leistungen unserer Sanatorien veranschlage, und so sehr ich der Meinung bin, daß ein weiterer Ausbau dieser Behandlungsform und eine Vermehrung dieser Heilstätten, und zwar gerade auch für die Minderbemittelten, nötig ist, so muß doch gefragt werden, ob nicht durch weitere Entwicklung der Gelegenheiten zum zweckmäßigen freien Kurgebrauch vielen Kategorien der leidenden Menschheit ein Dienst erwiesen wird,

und dann in der gleichen Richtung, in welcher er auffällt, weiter leiten. Es liegt also im Auge der Wirbeltiere eine Stellung der Stäbchen und Zapfen vor, welche nicht allein den geltenden Gesetzen über die Nervenleitung gegenüber paradox ist, sondern auch im Widerspruche steht mit der Stellung der Nervenendorgane in allen übrigen Sinnesgebieten. Wie verhält sich nun aber die Stellung der Stäbchen im Auge der wirbellosen Tiere? Der Vortragende hat die ganze Tierreihe von den einfachsten einzelligen Wesen, welche scheinbar der Augen entbehren, und den höher organisierten Tieren, welche eine einfache, nicht oder wenig geschichtete Retina besitzen, zum Auge der Wirbeltiere und des Menschen durchforscht und in der gesamten wirbellosen Tierwelt die Stäbchen so gestellt gefunden, daß sie dem Lichte direkt zugekehrt sind und den Lichtreiz in derselben Richtung weiter leiten, in welcher er einwirkt. Bei den wirbellosen Tieren sind die Sehzellen also dem Lichte zugekehrt, bei den Vertebraten stehen sie vom Lichte abgewendet. Diese Regel hat einige Ausnahmen, die von jeher das Interesse der Biologen erregt haben. In den Kameraaugen einiger Mollusken, namentlich dem Auge von Pekten, sind die Stäbchen, wie im Wirbeltierauge, vom Lichte abgewendet, nach außen gerichtet. Bei den wirbellosen Tieren dringt das Licht also durch die Pigmentröhre in die Sehzellen vor, bei den Wirbeltieren und den Menschen wird es innerhalb des Pigmentbechers von den Außengliedern in die Sehzellen (Innenglieder) zurück reflektiert. Durch die Reflexion des Lichtes von den Außengliedern der Sehzellen des Wirbeltierauges werden stehende Wellen gebildet mit besonderen Farbenqualitäten. Der Reiz des farbigen Lichtes wird in den Innengliedern lokalisiert und die Farbenempfindung kann als eine Funktion des Ortes der Sehzelle betrachtet werden. Das optische Bild, welches von der Netzhaut wahrgenommen wird, entsteht also physikalisch ganz so, wie das Bild in der Emulsionsschichte der Lippmann-Photographie in natürlichen Farben zustande kommt.

Eine neue Behandlungsart der Ischias.

Privatdozent Dr. A. Bum, Wien, sprach über eine neue Behandlungsmethode hartnäckiger Fälle von Ischias, die in Einspritzung von Kochsalzlösungen in die unmittelbare Nachbarschaft des erkrankteu Nerven besteht. Die einjährigen Erfahrungen an mehr als 40 schweren Fällen berechtigten bei Befolgung der vom Vortragenden angegebenen Lokalisation und Technik der schmerzlosen Einspritzung zu der Folgerung, daß es mit dieser, seinerzeit von Lange, Leipzig, in anderer Form angewandten Methode in einer bis drei Sitzungen gelingt, auch schwere und veraltete Ischiasfälle der Heilung zuzuführen.

Hysterie der Soldaten.

Regimentsarzt Dr. Mann, Wien, sprach über Neurasthenie und Hysterie der Soldaten. Diese früher nur als Krankheit der reichen Leute anerkannte nervöse Störung kommt infolge des immer heftiger werdenden Kampfes ums Dasein und der schlechter werdenden sozialen Verhältnisse jetzt auch vielfach in den arbeitenden Klassen vor und zeitigt schwere Krankheitsbilder. Es findet sich daher auch unter den Soldaten eine beträchtliche Zahl von diesen funktionellen Nervenerkrankungen. Der Autor schildert nun die Symptome dieser Zustände vom Standpunkte eines Militärarztes und kennzeichnet die großen Schwierigkeiten, die sich in der Deutung und Diagnose mit Rücksicht auf die unter den Soldaten so häufig vorkommende Simulation ergeben. Da streng objektive Symptome bei der Hysterie nur sehr selten vorkommen, die subjektiven Klagen aber mit größter Vorsicht hinzunehmen sind, so erfordert die Untersuchung eine vollständige und erschöpfende Kenntnis aller Simulationsmöglichkeiten.

(Fortsetzung folgt.)

III. Referate.

Die Nikotinvergiftung. Von Dr. Oskar Weidanz, Berlin.

Die Gelegenheitsursachen zu einer Vergiftung mit Nikotin sind infolge der außerordentlich großen Verbreitung des Tabaks sowie der großen Resorptionsfähigkeit des Giftes ungemein häufig und mannigfach. Von dem ätiologischen Gesichtspunkte aus kann man diese Intoxikationen zweckmäßig in folgende Unterabteilungen bringen: Ökonomische Vergiftungen, medizinale Vergiftungen, gewerbliche Vergiftungen.

Zu den ökonomischen Vergiftungen gehören in erster Linie die, die durch den Genuß des Tabaks in Form der Zigarren, Zigaretten, des Schnupf- und Kautabaks bedingt sind. Was die Medizinalvergiftungen anbetrifft, die in früherer Zeit eine außerordentlich große Rolle spielten, so haben dieselben heutzutage wohl nur noch ein historisches Interesse.

---

und da komme ich vor allem auf die Frage der Diätetik an unseren Kurorten.

Es besteht unbedingt außerhalb der Sanatorien in bezug auf die Gelegenheit für die Kranken, die ihrem Zustande angepaßte Diät zu finden, in fast allen Kurorten, und gerade auch in den ältesten, berühmtesten, meist besuchten, eine recht fühlbare Lücke. Sie alle haben es sicher schon recht peinlich empfunden, wenn Sie einem Patienten, sei er Gichtiker, Nephritiker, Diabetiker, oder an gewissen schwierigen Verdauungsstörungen leidend, aus seiner wohlgeregelten häuslichen Diät an einen Kurort entlassen mußten mit der Weisung, er möge eben zusehen, wie er sich einen geeigneten Speisezettel aus der täglichen Speisefolge der Table d'hote oder aus der Speisekarte zusammenstelle. Bei nicht zu schweren Diabetikern geht das noch am ersten, im übrigen aber ist es meist eine mißliche Sache, und wenn ich beiläufig erwähne, daß z. B. an bekannten deutschen Kurorten, die sich mit Recht rühmen, für Nephritiker und für Erkrankungen der Harnwege geeignete Quellen zu besitzen, die Speisekarten der meisten Hotels nicht die geringste Rücksicht auf die diesen Leiden nötige Diät nehmen, ja sogar teilweise Weinzwang haben, so ist klar, daß hier unhaltbare Zustände vorliegen. Einzelne Kurtische gibt es ja außer den Sanatorien, z. B. in Baden, in Antogast, aber die Sache spielt noch lange nicht die ihr gebührende Rolle. Hier hat nun ein deutscher Kurort (im Auslande gibt es meines Wissens gar nichts derartiges) und zwar Homburg v. d. Höhe einen sehr beachtenswerten Anfang gemacht. Es wird den meisten von Ihnen der interessante Aufsatz des Homburger Kollegen Pariser in der Berliner klinischen Wochenschrift dieses Frühjahres, über die sogenannten Homburger Diäten nicht entgangen sein. In Homburg finden sich in einer Anzahl von Gasthöfen und Speisehäusern spezielle Speisekarten für Gichtiker, Diabetiker, Nierenkranke usw. Die Patienten haben sich bei der Bestellung nur an diese Speisekarten zu halten. Von Weinzwang ist keine Rede. Die Sache hat allerdings, wie ich aus Berichten von Patienten entnehme, doch noch ihre Schwierigkeiten, aber sie wird schon aus den Kinderschuhen herauskommen. Jedenfalls handelt es sich hier um eine sehr beachtenswerte Neuerung, die unbedingt an allen Kurorten Nachahmung verdient. Bisher hat man Personen mit besonderen Diätschwierigkeiten zu ihren Kuren doch eigentlich nur in Sanatorien schicken können, oder man hat sie zu Hause behalten. Die Neuerung im oben genannten Sinne wird den Umkreis der freien Kuren in Kurorten höchst wesentlich erweitern.

Ein zweiter Punkt wäre z. B. die Hebung des Komforts des Trinkens an den Trinkquellen, Vermeidung des Queuestehens, Errichtung von Liegehallen für gewisse Kranke bei den Trinkhallen selbst und Gelegenheit, bei schönem Wetter im Freien zu liegen. Ein weiterer Punkt wäre die vermehrte Schaffung von Ruhegelegenheiten nach Bädern und weitere Ausbildung billiger physikalischer Therapie in örtlicher Vereinigung mit den Bädern, auf alle diese Weise würde die freie Kur besser befähigt werden, mit der Sanatoriumskur zu wetteifern. (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1906.)



Was die gewerblichen Nikotinvergiftungen anbetrifft, so sind sie früher sehr häufig bei der Tabakfabrikation beobachtet worden.

Über die Wirkung des Nikotins im lebenden Organismus liegen eine Reihe von physiologischen Untersuchungen vor, deren Resultate uns einen Einblick in das Wesen der Nikotinwirkung gewähren und uns für die meisten Erscheinungen eine Erklärung geben. Sobald das Nikotin ins Blut gekommen ist, wird es durch die Zirkulation in die einzelnen Organe gebracht und kann hier nachgewiesen werden. In hohem Grade wirkt das Gift nach den Untersuchungen von Rosenthal und Kröcker auf das Zentralnervensystem. Das Gehirn wird durch die toxische Gabe von Nikotin fast augenblicklich gelähmt. Auf das Rückenmark ist die Wirkung im ganzen eine ähnliche, nur dauert hier die Erregung nicht so lange wie beim Gehirn. Die peripheren Nervenendigungen werden ebenfalls in hohem Grade durch das Gift affiziert, und auch hier geht der Lähmung eine sichtbare Erregung voraus, die sich durch die stets beobachteten fibrillären Zuckungen kundgibt.

Was den Einfluß des Nikotins auf das Herz anbelangt, so fanden Traube, Rosenthal und Kröcker, daß selbst die kleinsten Gaben die Pulsation irritieren, Gaben, die noch ganz ohne Einfluß auf die motorischen Nerven der willkürlichen Muskeln bleiben. Dieser große Einfluß des Nikotins auf die Herzbewegung wird vorzugsweise durch den Nervus vagus vermittelt, der empfindlicher als jeder andere für Nikotin zu sein scheint. Weiter wurde durch Tierversuche festgestellt, daß Nikotin den Blutdruck erhöht, und zwar in beträchtlichem Grade; es wird das bedingt durch die Verengerung der arteriellen Gefäße, die entweder auf eine Reizung vasomotorischer Zentren zurückzuführen ist, oder durch lokale Reizung der Arterienwände verursacht wird. In auffallender Weise wirkt Nikotin auch auf die Atmung, sie ist zuerst wesentlich erhöht und deutlich dyspnoisch, es besteht dabei ein Gefühl des Lufthungers. Ähnlich wie die Herzbewegung wird auch die Atmung schon von minimalen Mengen Nikotins beeinträchtigt. In ganz besonders auffallender Weise wirkt Nikotin auf die Darmbewegung; es erzeugt, wie zuerst Nasse nachwies, starke Kontraktion des ganzen Darmes, hauptsächlich des Dünndarmes, die sich zu einem wahren Tetanus mit starker Verengerung des Darmlumens steigert, worauf entweder ein Zustand der Erschlaffung oder normale peristaltische Bewegungen folgen. Der Darmkrampf tritt später ein als die übrigen Krämpfe, mit denen er in keinem Zusammenhange steht.

Was die Nikotinwirkung aufs Auge und die Pupille anbetrifft, so kommt es bei örtlicher Applikation konstant und bei allgemeiner Vergiftung gewöhnlich zur Verengerung der Pupille und Akkomodationskrampf. Die bei Nikotinvergiftung auftretende Zunahme der Speichel-, Gallen- und Harnsekretion ist in ihren ätiologischen Momenten bisher noch nicht erforscht. Man unterscheidet zwischen akuter und chronischer Nikotinvergiftung, indem man unter der letzteren vorwiegend diejenigen Fälle zu verstehen hat, die durch längere Einwirkung des Giftes hervorgerufen werden. Die akute Vergiftung mit reinem Nikotin unterscheidet sich von der durch Tabak bewirkten in der Regel durch ein rapideres Eintreten der Symptome. Ist die tödliche Dosis des reinen Alkaloids zur Anwendung gekommen, so tritt unter den stürmischen Vergiftungserscheinungen innerhalb weniger Minuten der Tod ein. Krätzen am Halse beobachtet man auch bei den leichteren Fällen der akuten Tabakvergiftung, wie sie besonders bei den ersten Rauchversuchen hervortreten. Der ungewohnte Raucher wird plötzlich totenblaß und entstellt im Gesichte, er beginnt an der Stirne und an den Händen zu schwitzen, der Puls wird klein und langsam, die Respiration mühselig, schwere große Angst bemächtigt sich des Kranken, dazu kommt Schwindel, Ohnmachtsgefühl, Unsicherheit in den Beinen, Salivation. An diese Symptome schließen sich sehr oft noch Würgen und Erbrechen, Schmerzen in der Regio epigastrica und wirkliche Kolikschmerzen, welchen Diarrhöen auf dem Fuße folgen. Der Kollaps dauert in der Regel nicht sehr lange, und die leichte Vergiftung ist damit abgeschlossen, höchstens bleiben Kopfweh, Appetitmangel, insbesondere Ekel vor Tabakgeruch für einige Zeit zurück. Sind größere Tabaksmengen zur Wirkung gekommen, so treten wirkliche Ohnmachten ein, während welcher vollständige Bewußtlosigkeit bei kleinem, leicht unterdrückbarem Pulse und sehr erschwerter Respiration stattfindet. In diesem Zustande werden oft unfreiwillige Entleerungen von Harn und Kot beobachtet. In den schwersten Fällen gesellen sich noch Krampfanfälle dazu und unter Zunahme des Kollapses, wobei Puls und Atmung unvollkommener werden, tritt der Tod ein. Die Krämpfe, die bald klonischer, bald tonischer Natur sind, können, wie das bei einzelnen Fällen beschrieben ist, die Atemmuskeln so stark in Mitleidenschaft ziehen, daß dadurch wirkliche Erstickungsanfälle bedingt werden.

Zu diesem allgemeinen Bilde der akuten Tabakvergiftung kommen in den einzelnen Fällen oft noch besondere Symptome. So treten z. B. in den Fällen, wo der Tabak innerlich genommen, insbesondere dann wieder, wenn Tabaksaft zur Anwendung gekommen ist, Darmstörungen in den Vordergrund. In dem von Deutsch mitgeteilten Falle, in welchem ein Mann Tabaksaft als Bandwurmabtreibungsmittel getrunken hatte, stellten sich heftige, blutige Diarrhoen ein, auch Störungen des Sprachvermögens wurden in diesem Falle beobachtet; ja, es sind sogar Fälle mit vollständiger Sprachlosigkeit beschrieben. Im Anfange der Vergiftung wird meist Verengerung der Pupille, später Erweiterung derselben beschrieben, in manchen Fällen ist das Sehvermögen für einige Zeit vernichtet; vielfach wurde auch heftiger Harndrang beobachtet.

Was nun die Prognose der akuten Nikotinvergiftung anbelangt, so geben die durch das reine Alkaloid hervorgerufenen Vergiftungen wegen der Schnelligkeit der Wirkung eine ungünstige, die durch den Genuß von Tabak bedingte Vergiftungen dagegen meist eine günstige Prognose. Die letzteren Fälle pflegen auch ohne besondere Therapie rasch zur Heilung zu gelangen. Bei der chronischen Tabakvergiftung lassen sich, je nachdem die Herz-, Seh-, Darm- oder psychischen Störungen in den Vordergrund treten, verschiedene Formen unterscheiden.

Von seiten des Herzens kommen vorzugsweise Innervationsstörungen in Betracht, und zwar ist hier das markanteste klinische Symptom die Arrhythmie und die anfallsweise auftretende Tachykardie. Anfälle von Herzklopfen sind ebenfalls sehr häufig. Nach Angaben fast aller Beobachter kann der chronische Nikotinismus auch zur Tabakangina führen, d. h. zu einem Symptomenkomplex, der mit einem anginösen, stenokardischen Anfalle äußerlich die größte, leicht zu Verwechslungen führende Ähnlichkeit hat. Da diese Anfälle meist ältere Leute betreffen, bei denen auch eine Koronarsklerose zugrunde liegen könnte, so ist die Entscheidung, ob Nikotinismus, ob Sklerose oder beide die Ursache ist, zunächst schwer oder unmöglich. Treten bei der Tabakabstinenz die Erscheinungen auffallend zurück, so spricht das mehr für eine Tabakangina. Sollten sich die Beobachtungen, daß Nikotin die Arteriosklerose begünstigt, bestätigen, so könnte die durch Koronarsklerose hervorgerufene Angina pectoris doch noch mittelbar durch Nikotinismus bedingt sein. Eine andere Form des Herznikotinismus wird dargestellt durch das Asthma cardiacum, als dessen Ursache Lewin eine toxische Neuritis des Plexus cardiacus annahm. Andere Autoren greifen zur Erklärung des Symptoms, wie bei der Tabakangina, auf die angiospastische Wirkung des Nikotins zurück. Eine Entstehung auf reflektorischem Wege, z. B. von einer durch Tabak erzeugten Magendarmstörung aus, hält Graßmann für nicht ausgeschlossen. In manchen Fällen der chronischen Nikotinvergiftung bleiben Erscheinungen vom Herzen ganz aus, die Kranken klagen jedoch über Sehstörungen. Es tritt Amblyopie, ja Amaurose ein. Die Amblyopie ist häufig einseitig oder auf beiden Seiten verschieden hochwertig. Es besteht auch Miosis und Akkomodationskrampf.



Von den Symptomen von seiten der Verdauungsorgane sind besonders zu nennen Appetitlosigkeit, Geschmacksstörungen, Übelkeit, Heißhunger, Speichelfluß, belegte Zunge, Druck und Vollsein im Magen, Empfindlichkeit des Magens, Gastralgien, Singultus, Kolikschmerzen, Enteralgien. Veränderungen des Stuhlganges, besonders spastischer Natur. Hämorrhoiden und Hämorrhoidalblutungen werden durch den Mißbrauch von Tabak nach Craemer äußerst ungünstig beeinflußt, ja sie sollen sogar dadurch hervorgerufen werden. Unzweifelhaft ist es auch, daß Nikotinismus zu psychischen Störungen führen kann. Diese Nikotinpsychose, die von Kjellberg zuerst ausführlich beschrieben und als „Nicotinosis mentalis“ bezeichnet wurde, ist eine wahre primäre Geisteskrankheit mit eigentümlichen, klinisch erkennbaren Symptomen und regelmäßigem Verlaufe und fällt unter die Gruppe der Intoxikationspsychosen. Nach einem psychisch-depressiven Vorstadium setzt die Psychose mit Halluzinationen, Wahnideen und Selbstmordgedanken ein. Indes ist bei einer etwaigen Psychose sorgfältig zu erwägen, ob und welche Symptome der Nikotinvergiftung angehören und welche nur zufällig bei bestehendem Nikotinismus eintreten.

Der Verlauf der chronischen Nikotinvergiftung ist ein langsamer und führt allein nur in den allerseltensten Fällen den Tod herbei. Die Prognose quoad vitam ist günstig und ebenfalls günstig bezüglich der Sehstörungen, dagegen ist sie in bezug auf einige Symptome, z. B. Obstipation doch zweifelhaft. Was die klinische Diagnose der akuten Nikotinvergiftung anbelangt, so wird der Geruch der Atemluft wohl immer sofort die richtige Diagnose, welche durch die anamnestischen Daten noch bekräftigt wird, ergeben. Weit schwerer ist die Diagnose der chronischen Nikotinvergiftung. Wesentlich erleichtert wird dieselbe durch die genaue Inspektion der Mund- und Rachengebilde. Spricht dieselbe nicht gegen Nikotinismus und finden wir außerdem ein zentrales Skotom oder die oben geschilderten Symptome von seiten des Herzens oder Verdauungstraktus, für welche die weitere Untersuchung keine genügende Erklärung gibt, so ist die Diagnose sicher gestellt. Das gleiche gilt auch für die oben erwähnte Psychose; erst wenn wir andere Ursachen für dieselbe mit Sicherheit ausschließen können, werden wir zu dieser Diagnose kommen.

Therapeutische Maßnahmen werden bei Vergiftung mit reinem Nikotin wohl in den meisten Fällen wegen der Schnelligkeit der Wirkung zu spät kommen. Ist das ausnahmsweise nicht der Fall, so ist sofortige energische Magen- und Darmausspülung von Tannin oder jodhaltigen Flüssigkeiten indiziert. Außerdem empfiehlt sich die Applikation von Morphium und Atropin. Bei heftigen Gefäßkrämpfen wendet man zweckmäßig Amylnitrit an. Bei der akuten Tabakvergiftung ist in erster Linie der Gebrauch von Kaffee angezeigt; in schweren Fällen gibt man reichlich Wein und Alkohol; gute Erfolge sind auch durch warme Bäder mit kalten Übergießungen erzielt worden. Treten bei Rauchern Symptome der chronischen Nikotinvergiftung auf, so ist das Rauchen streng zu verbieten; sonst ist die Behandlung eine rein symptomatische. Als prophylaktische Maßnahme würde es sich empfehlen, die Jugend in den Schulen immer wieder auf die Gefahren der Nikotinvergiftung aufmerksam zu machen. (Die Heilkunde Nr. 9, 1907.)

*

Ein Fall von Ösophagusstriktur geheilt durch Fibrolysin. Von Dr. Weisselberg in Alterode. (Münchner medizinische Wochenschrift Nr. 33, 1906.)

Der Maurer Fr. M. aus A., geboren 8. Oktober 1884, hatte das Unglück, sich am 21. April 1904 eine schwere Verbrennung der Speiseröhre durch Natronlauge zuzuziehen. Derselbe hatte sich im Gasthofe eine Flasche Selterswasser bestellt und anstatt des verlangten Selterswasser „Heureka“, eine in hiesiger Gegend vielfach zur Reinigung der Bierapparate verwendete scharfe Natronlauge erhalten. Die Sondenbehandlung wurde ununterbrochen fortgesetzt bis zum 5. September 1905, wo nebenbei mit subkutanen Einspritzungen von Thiosinamin (Thiosinam. 9·0 Alkoh. absol.. 9·0 Aqu. dest. ad 60) zu 1 cm^3 angefangen wurde, jedoch auch ohne sichtbaren Erfolg. Nach 20 Einspritzungen wurde nun mit dem von mir von der Firma Merck in Darmstadt gütigst zur Verfügung gestellten Fibrolysin begonnen und zwar wurde in Zwischenräumen von 2 bis 3 Tagen der Inhalt eines Fläschchens, 2·3 cm^3 unter die Rückenhaut injiziert. Nach denselben trat zunächst eine Erweiterung der beiden oberen Narben in der Speiseröhre (23 und 27 *cm* von der unteren Zahnreihe entfernt) ein, so daß schließlich sich die stärksten Sonden leicht hindurchführen ließen. Nach 39 Einspritzungen ließ sich zum erstenmale die feinste Sonde durch die Kardia einführen und von nun an trat rapide Besserung in dem Befinden des so bedauernswerten Patienten ein.

Seit dem 1. April ist derselbe bei W. als Kutscher in Dienst und verrichtet als solcher alle Arbeiten. Er sieht wohl aus und hat seine frühere Lebenslust wieder erlangt.

W. glaubt deshalb berechtigt zu sein, bei durch Ätzungen des Ösophagus hervorgerufenen Strikturen die Anwendung des Fibrolysin aufs wärmste zu empfehlen.

*

Über die Entstehung linksseitiger Symptome bei Perityphlitis. Von Privatdozent Dr. L. Burkhardt.

Daß eine Perityphlitis Symptome veursachen kann, die hauptsächlich in der linken Abdominalseite auftreten, ist eine zwar längst bekannte, aber keineswegs häufige Erscheinung. Einige derartige Fälle, die kürzlich in der hiesigen chirurgischen Klinik zur Beobachtung und Operation kamen, veranlaßten mich, der Frage näher zu treten, unter welchen Umständen und wie häufig etwa solche Fälle möglich sind. In der Mehrzahl dieser Fälle dürfte es nicht leicht, in vielen Fällen sogar unmöglich sein, bei ausschließlich linksseitigem Symptomenkomplexe einer Perityphlitis von vorneherein die Erkrankung richtig zu deuten und eine exakte Diagnose zu stellen; und manche Wahrscheinlichkeits- oder Fehldiagnose dürfte erst durch die Operation oder Obduktion bestätigt bezüglich entdeckt werden. Leichter zu beurteilen sind die Verhältnisse schon da, wo neben dem am stärksten hervortretenden linksseitigen Befunde doch auch rechts, wenn auch in geringerem Grade Symptome nachweisbar sind; und dies letztere ist in der Tat in praxi bei linksseitigen Erscheinungen einer Perityphlitis bei genauerer Untersuchung doch häufig der Fall; oder tritt wenigstens nicht selten im weiteren Verlaufe der Krankheit ein, wodurch dann die Diagnose oft erst gesichert wird.

Auch bei der normalen Lage des Ileozökums mit dem Wurmfortsatze in der rechten Seite gibt es mehrere Möglichkeiten, wieso die Symptome einer Perityphlitis sich in der linken Seite des Abdomens lokalisieren können. Die Ursache dafür liegt teils in der Art der Nervenversorgung des Ileozökums und Prozessus, teils in der außerordentlichen Variabilität der Länge, Beweglichkeit und Lage des Prozessus, teils in der sekundären Verbreitungsweise der vom Wurmfortsatze ausgehenden Entzündungen.

Die beiden Haupt-Lokalsymptome einer Perityphlitis sind der Schmerz und die Resistenz, die normalerweise bei Perityphlitis in der rechten Ileozökalgegend auftreten und etwa dem sog. MacBurneyschen Punkt entsprechen.

In vielen Fällen ist jedoch der Schmerz besonders am Beginne der Erkrankung nicht ausschließlich rechts lokalisiert, sondern er tritt diffus im ganzen Unterleibe auf, und ebenso kann er, wenn auch selten, trotz rechtsseitiger Lage des Prozessus bei dessen Erkrankung zunächst oder dauernd in der linken Abdominalseite auftreten. Eine richtige Erklärung dieser eigentümlichen Erscheinung dürfte wohl die Annahme Sonnenburgs sein, daß es sich hier um eine Ausstrahlung des Schmerzes in das ganze Gebiet oder einen besonderen Teil desselben des den Wurmfortsatz und Blinddarm versorgenden Nervengeflechtes handle. Die Nerven des Prozessus gehören dem oberen Geflechte des Sympathikus, das auch den Dünndarm versorgt, an. Infolge dieser Schmerzausstrahlung ist es denkbar, daß bei Perityphlitis, besonders im Beginne derselben, eventuell nur linksseitig über Schmerzen



geklagt wird, oder daß sie wenigstens da am intensivsten empfunden werden. Mit Recht macht Sonnenburg in seiner bekannten Monographie über Perityphlitis darauf aufmerksam, daß von diesen spontanen Schmerzen sehr wohl verschieden ist die Druckempfindlichkeit. Diese entspricht genau der Lokalisation der Entzündung, d. h. der Lage des Wurmfortsatzes und wird wohl auch bei linksseitiger Schmerzausstrahlung in der rechten Seite nachzuweisen sein und damit eine Irreführung verhindern.

Überblicken wir die verschiedenen Möglichkeiten, wie bei einer Perityphlitis linksseitige Symptome entstehen können, so lassen sich diesbezüglich die einschlägigen Fälle in drei Gruppen sondern.

In die erste Gruppe gehören die Fälle, bei denen in mehr oder weniger typischer Weise rechts Symptome nachweisbar sind oder waren, bei denen es dann sekundär, sei es durch Wandern der Eiterung oder Abkapselung von Abszessen nach diffuser Peritonitis oder auch auf dem Blut- und Lymphweg, bezw. durch Embolie, zu Eiterungen in der linken Seite gekommen ist.

Die zweite Gruppe würde die Fälle mit sonst normalem Situs umfassen, bei denen wenigstens anfangs gar keine greifbaren Symptome rechts vorhanden waren, welche also mit Schmerzen, Resistenz bezw. Eiterung in der linken Seite von vornherein begannen. Hier handelt es sich dann wohl meist um weite Verlagerung des Prozessus oder seiner Spitze nach der Mitte zu oder gar nach links, oder um metastatische Abszesse oder vielleicht auch Wanderung des infektiösen Materials nach der linken Seite, wobei aber der primäre Herd rechts am Wurmfortsatze entweder spontan wieder ausgeheilt war oder sich in momentan latentem symptomlosen und seiner Geringfügigkeit wegen nicht sicher nachweisbaren Zustand befand. Auch die seltenen Fälle von Perityphlitis in linksseitigen Hernien bei sonst normalem Situs gehören hieher.

Zur dritten Gruppe endlich müßten die Fälle gezählt werden, bei denen es sich um Situs inversus handelt, so daß hier der linksseitig auftretenden Symptome bei Perityphlitis das Normale wären. (Münchener medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1906.)

*

Diagnose und medizinische Behandlung des Ileus. Von Dr. Max Einhorn, New York.

Die Diagnose des Ileums ist im ersten Stadium der Krankheit leichter zu stellen als später, weil eine palpatorische Untersuchung eher in der ersten Periode etwas Definitives ergeben kann als nachher. Die Erkennung des akuten Darmverschlusses basiert auf dem Fehlen von Stuhl und Flatus im Verein mit Erscheinungen von Kollaps, Meteorismus, Abdominalschmerzen und Erbrechen von Darminhalt. Öfter sind jedoch nicht alle diese Symptome markiert, dann ist die Diagnose ziemlich schwierig. Differentialdiagnostisch muß man das Kotbrechen Hysterischer, sowie Gallen- und Nierensteinkolik, welche öfter anfangs unter ähnlichen Erscheinungen wie der Ileus verlaufen, abgrenzen. Bei der Hysterie ist das Krankheitsbild nie ein so schweres und das Allgemeinbefinden ziemlich gut. Bei Nieren- und Gallensteinkolik bestehen gewöhnlich Zeichen, welche auf die Erkrankung der betreffenden Organe hinweisen. Nach künstlicher Linderung der Schmerzen tritt bei beiden ein Nachlaß auch der Erscheinungen der Darmsperre ein. Anders ist es beim wirklichen Ileus; es kann zwar hier Schmerzlinderung nach sedativen Mitteln eintreten, aber die Unfähigkeit, Winde zu lassen, auch die Spannung im Leibe besteht weiter.

Hat man die Diagnose auf Ileus gestellt, so ist womöglich auch nötig zu entscheiden, wo der Verschluß sitzt: erstens in welcher Gegend des Leibes, zweitens in welchem Darmabschnitte. Ist der initiale Schmerz lokalisiert, so weist derselbe sehr häufig auch auf den Sitz der Erkrankung hin. Auch die Palpation ergibt im Anfangsstadium der Erkrankung wertvolle Anhaltspunkte. Die erkrankte Stelle ist in der Regel viel druckempfindlicher als die übrigen Partien des Leibes. Ferner kann man öfter eine geblähte Darmschlinge oberhalb des Verschlusses entdecken (von Wahl Zeichen).

Die Anwendung der Röntgenstrahlen, 20 Stunden nach Eingabe von 15—30 *g* Wismut, könnte eventuell auch einen Fingerzeig in bezug auf den Sitz des Hindernisses abgeben, indem das Wismut nicht über den Verschluß hinausgehen könnte.

In allen Fällen von Ileus ist es von Wichtigkeit zu entscheiden, ob wir es mit einem dynamischen (paralytischen) oder mechanischen Ileus zu tun haben. Ferner bei letzterem, ob es sich um Obturation des Darmes oder Volvulus oder endlich Inkarzeration (Intussuszeption) handelt. Die Entscheidung der Art des Ileus ist von Bedeutung, weil sich danach die eventuelle Behandlung richtet. Beim dynamischen Ileus ist für gewöhnlich keine chirurgische Behandlung erforderlich, bei allen Inkarzerationszuständen dagegen ein chirurgisches Eingreifen sofort erwünscht, und zwar je früher desto besser; dagegen lassen die Fälle von Obturationsileus sowie Volvulus eine medizinische Behandlung zu. Nun ist die Entscheidung, welcher Art der Ileus angehört, nicht immer leicht. Für gewöhnlich sind die Shockerscheinungen bei Inkarzerationsileus viel intensiver als beim dynamischen oder Obturationsileus.

Behandlung. In jedem Falle von Ileus muß von vornherein ein eventuell vorzunehmender chirurgischer Eingriff in Betracht gezogen werden. Wie schon früher erwähnt, hat dies vornehmlich Bezug auf den Strangulationsileus.

Alle Fälle von Strangulationsileus vor einer eventuellen Operation sowie sämtliche Fälle von Obturationsileus sollten medizinisch folgendermaßen behandelt werden. Erstens absolute Ruhe im weitesten Sinne des Wortes, Bettlage, Abstinenz von Nahrung, Ruhigstellung des Darms. Man gebe Patienten nur ganz geringe Mengen Wasser oder schwachen Tee (teelöffelweise), oder kleine Eisstückchen aber keine Nahrung. Sitzt die Stenose ziemlich hoch im Dünndarm, so sind eventuelle kleine Nährklystiere erlaubt. Subkutane Salzwasserinjektionen sind die wichtigste Quelle, um dem Organismus Flüssigkeit zuzuführen. Direkte Abführmittel werden von allen Klinikern aufs strengste vermieden, außer wenn man ziemlich sicher ist, daß es sich um einen strikten Fall von Obturation durch Gallensteine oder harte Fäkalmassen handelt. Zur Ruhestellung des Darms bedient man sich am besten des Morphiums oder Opiums, vorzüglich des letzteren. Man kann Morphium subkutan oder Opium in Zäpfchen geben. Dieses Medikament dient nicht nur zur Beruhigung des Schmerzes, sondern ist von direktem Nutzen dadurch, daß es den Darm ruhig stellt und so die Heilung begünstigt. Die Herzaktion wird ebenfalls günstig beeinflußt.

In den letzten Jahren ist das, bereits seit Jahrhunderten bei Ileus angewandte Atropin von neuem von Batsch warm empfohlen worden. Das Mittel wird in ziemlich großen Dosen, 1—5 *mg* subkutan zwei- bis dreimal täglich angewandt. Es wird dem Atropin direkt ein günstiger Einfluß auf die Beseitigung des Ileus zugeschrieben. Ich selber habe in den letzten zwei Jahren das Atropin in sechs Fällen von Ileus benutzt und in vier davon Heilung gesehen. Jedenfalls verdient das Atropin in jedem Falle versuchsweise angewandt zu werden.

Magenwaschungen. Kussmaul und Cahn haben zuerst Magenspülungen empfohlen. Sind die Patienten nicht allzusehr heruntergekommen, so ist diese Prozedur entschieden empfehlenswert. Sie erleichtert das Erbrechen und verringert die Spannung temporär. Von besonderem Werte sind diese Spülungen, wenn es sich um hochsitzende Darmstenosen handelt.

Darmspülungen. Einspritzungen von ziemlich großen Mengen Wasser unter höherem Drucke ist gelegentlich von Nutzen, auch Einspritzungen von warmem Öl sind von Kussmaul und Fleiner empfohlen worden, und werden ab und zu mit Vorteil gebraucht. Manche Kliniker jedoch, darunter besonders Curschmann, wollen von Darmgießungen nichts wissen.

Aufblähung des Darms mit Luft oder Kohlensäure ist gleichfalls zur Hebung des Hindernisses empfohlen worden.

und ist gelegentlich von Nutzen besonders da, wo es sich um eine teilweise Invagination handelt. Auch Curschmann zieht diese Methode der von Wasserinjektionen vor.

Massage und Elektrizität. Erstere dürfte besonders da von Nutzen sein, wo es sich um eine Obstruktion durch verhärtete Kotmassen handelt, letztere beim dynamischen Ileus.

Punktion. In schweren Fällen, wo der Meteorismus sehr hochgradig ist, alle erwähnten Maßnahmen fehlschlagen und eine Operation nicht vorgenommen werden kann, ist ein Versuch, den Darm an den mit Gasen geblähten Schlingen zu punktieren, gerechtfertigt. Dieses Verfahren ist von Curschmann zuerst empfohlen worden und wird auch jetzt noch ab und zu zum Vorteile der Kranken geübt. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 43, 1907.)

IV. Sitzungsberichte.

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 6. November 1907.

Salomon Ehrmann zeigt eine mehr als 20 Jahre alte Lues mit Endarteritis der kleinen Hautarterien, die sich durch baumförmige, livide Zeichnungen der Schultergegend, der Oberschenkel und Glutealgegend manifestieren. E. faßt die Veränderungen als Reste konfluierender, makulöser Syphilide auf, die auf dem Boden einer Cutis marmorata sich entwickelt haben und sich nach zehn Jahren und mehr noch zeigen. 2. Eine Patientin mit tiefsitzenden, periostalen und oberflächlichen, serpiginösen Hautgummen, die zum Teil seit Jahren vernarbt sind. 3. Einen Fall von Psoriasis, der mit Quarzlampenlicht behandelt wurde. An Stelle der jungen Psoriasiseffloreszenzen sind nummuläre und annuläre helle Stellen auf durch Licht braunpigmentierter Haut. An Stelle alter Effloreszenzen Pigmentierungen, die wahrscheinlich durch frühere Arsenmedikation verstärkt sind. Der Fall kann als geheilt angesehen werden. Eine Rezidive wäre abzuwarten.

Eduard Spiegler zeigt ein 17jähriges Mädchen mit Lichen urticatus. Die Pirquetsche Tuberkulinreaktion, die Sp. durch Einträufeln in den Konjunktivalsack angestellt hat, ist positiv ausgefallen. Die Patientin kann sehr wohl irgendwo eine verkäste Mesenterialdrüse oder irgendeinen anderen alten Tuberkelherd beherbergen, doch erinnert Sp. daran, daß gewisse Fälle von Lichen urticatus unter die Tuberkulide subsumiert werden.

Alfred Brandweiner betont, daß die Pirquetsche Reaktion nur bei Kindern verwertbar sei.

Emil Finger hält den vorgestellten Fall für Lichen urticatus. Ein Tuberkulid liegt nicht vor, da überall eine akut entzündliche Ära da ist, welche bei Tuberkuliden fehlt.

Eduard Spiegler bemerkt, daß er nur hypothetisch die Ansicht ausgesprochen habe, daß vielleicht ein tuberkulöser Herd da sei.

Gabor Nobl demonstriert 1. an einer 30jährigen Frau papulonekrotische Tuberkulide in disseminierter, die ganze Körperdecke einnehmender Ausbreitung. Die am Stamme und an den Streckflächen der Extremitäten in dichtester Einstreuung stehenden, hirsekorn- bis bohnengroßen, violettroten, erhabenen Knoten, zeigen in bunter Aufeinanderfolge alle Entwicklungsstadien von der akneiformen, zentralen Postulation bis zu den Residualtypen der scharfgestanzten, pigmentierten Narbenremanenz. Für die ätiologische Beurteilung von besonderer Bedeutung erscheint das histologische Ergebnis, indem in Serien zerlegte Knötchen in klassischer Ausprägung den Bau von Epitheloidzelltuberkeln aufweisen, wobei meist echte Riesenzellen das Zentrum der jungen, nur minimale Verkäsung zeigenden Tuberkel markieren. Die Allergieprobe nach Pirquet bietet die intensivste Form perkutaner Tuberkulinreaktion dar. Eine 48stündige Impfstelle des Oberarmes präsentiert sich als 25 *mm* breites Erytheminfiltrat mit bohnengroßer, zentraler, miliarvesikulöser Abhebung. Eine 24stündige Vorderarminsertion ist zu hellergroßer Erythempapel eleviert, die lymphangoitische Streifen nach der Peripherie entsendet.

Salomon Ehrmann hat vor einem Jahre bei einem Lupus erythematodes in der Tiefe Lupusknötchen und bei einem anderen Falle von Lupus erythematodes positive Tuberkulinreaktion und positiven Tierversuch gefunden.

Weiters demonstriert Nobl einen zweiten Fall von knötchenförmigem Tuberkulid, das jedoch durch seinen ungemein schleppenden, seit sieben Jahren bestehenden Verlauf, sowie durch die Mitbeteiligung der Mundschleimhaut von dem vorher demonstrierten wesentlich verschieden ist. Die beiden Ellbogen und ihre Umgebung werden von dicht gestellten, erbsen- und bohnengroßen, blauroten, äußerst derben, von festhaftenden, grauweiß verfärbten, hornigen Kuppen überdeckten, stark vorspringenden Knötchen eingenommen, zwischen welchen die geläufigen scharfrandigen, tiefsitzenden, an Variolanarben erinnernden Involutionsformen sitzen. Bemerkenswert erscheint ein an der Schleimhaut der Unterlippe links sitzender, grauweiß verfärbter leicht erhabener, von gedellten, narbig eingezogenen Punkten und Kreisen durchsetzten Plaques, der sich infiltriert verdickt anfühlt, ohne die sonst meist beobachtete papilläre oder ulzeröse Konfiguration aufzuweisen. Histologisch entspricht den Hautknoten ein in der Kutis sitzendes Infiltrat. Zum Schlusse demonstriert noch Nobl einen Fall von makulo-papulösem, mäßig schuppendem Exanthem bei einem 30jährigen Manne, das während einer 14tägigen Krankheitsdauer zu universeller, die Haut vom Halse und Nacken bis zu den Unterschenkeln dicht übersäenden Ausbreitung gediehen ist. Das Exanthem hatte anfänglich große Ähnlichkeit mit einem Syphilide.

Eduard Spitzer demonstriert ein seit vier Jahren wiederholt rezidivierendes orbikuläres Syphilid. Neben abgeheilten Gummen an der Nasenspitze und Residuen eines palmaren Syphilides weist Pat. jetzt ein orbikuläres Syphilid im Nacken auf und lochförmige Geschwüre im Bereiche einer Syphilis plantaris, die sich über den inneren Fußrand in die Höhe erstreckt.

Moriz Oppenheim demonstriert einen Fall von Syphilis ulcerosa.

Siegfried Gellis demonstriert einen Fall von leukämischen Tumoren des Gesichtes. Die Erkrankung besteht seit drei Jahren. Unter Arsenbehandlung ging ein Teil der Tumoren zurück, während andere wieder neu auftraten.

Biach stellt einen Fall von Lichen ruber acuminatus vor.

Reitmann stellt einen Fall von Mykosis fungoides vor. Die Affektion soll seit vier Jahren bestehen.

Macha demonstriert: 1. Einen Patienten mit einem nekrotisch belegten Geschwüre am inneren Fußrande des linken Fußes, entstanden nach einer längeren Bestrahlung mit Röntgenlicht. 2. Einen Patienten mit einem papulonekrotischen Erstlingsexanthem am Stamme und am Gesichte. Der maligne Charater der Lues ist in diesem Falle auf chronischen Alkoholismus zurückzuführen. 3. Einen Fall von Lichen ruber planus. 4. Einen Fall von beiderseitiger gummöser Orchitis und einem oberflächlichen Hautgumma an der Skrotalhaut.

Finger weist auf eine Ähnlichkeit hin, die die Skrophulose mit Syphilis darbietet. Über skrophulösen Drüsen entstehen sehr häufig skrophulöse Geschwüre.

Eduard Spiegler demonstriert einen Mann mit einer ausgebreiteten Atrophie der Haut am linken Oberschenkel vom Charakter der idiopathischen Hautatrophie. In diese erscheinen zahlreiche, durchschnittlich fingernagelgroße Herde eingestreut, welche zerstreute Sklerodermieflecke im Stadium elevatum sind, wie sie wohl auch als Morphäa bezeichnet werden. Weiters 5. einen Fall von Lupus erythematodes, dann noch einen Fall mit papulösem Erstlingsexanthem und osteoperiostitischer Auftreibung an der Stirne und zum Schlusse einen Fall mit Gummen am Vorderarme, Daumen



und Handrücken der rechten Hand, die zur vollständigen Abstoßung des Metakarpalknochens und zu weitgehender Verstümmelung des Daumens geführt haben. *i. m.*

V. Literatur.

Kaffee, Tee, Kakao und die übrigen narkotischen Aufgußgetränke. Von Prof. Dr. A. Wieler. Mit 24 Abbildungen und einer Karte. („Aus Natur und Geisteswelt." Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen aus allen Gebieten des Wissens. 132. Bändchen.) Verlag von B. G. Teubner in Leipzig. (IV u. 106 S.) 8. 1907. Geh. Mk. 1.—, in Leinwand geb. Mk. 1.25.

Nach einer allgemeinen Einleitung, in welcher vor allen Dingen die Wirkung der narkotischen Aufgußgetränke auf den menschlichen Organismus berührt wird, werden die einzelnen Produkte abgehandelt, und zwar namentlich Kaffee, Tee und Kakao. Die Darstellung, welche durch zweckentsprechende Abbildungen unterstützt wird, erstreckt sich auf die botanische Abstammung des Produktes, die natürliche Verbreitung der Stammpflanzen, die Verbreitung ihrer Kultur, die Wachstumsbedingungen und die Kulturmethoden, die Erntezeit und die Ernte und endlich auf die Gewinnung der fertigen Ware, wie der Weltmarkt sie aufnimmt, aus dem geernteten Produkte. So bietet das Bändchen eine Quelle reicher Belehrung, nicht nur für die, welche sich von Berufs wegen mit dem Vertrieb dieser Handelsartikel zu befassen haben, sondern auch für alle, die sich über diese für jeden einzelnen so wichtigen Produkte näher unterrichten wollen.

VI. Aus der Praxis.

Über Beseitigung der Dyspepsie bei konstitutionellen chronischen und akuten Krankheiten. Von Dr. Robert Thomalla in Berlin. (Therapeutische Monatshefte, XIII. Jahrgang, Nov. 1899.)

Welche Rolle die Ernährung bei der Behandlung akuter und chronischer Krankheiten spielt, und wie gerade eine hinzutretende Dyspepsie imstande ist, alle angewandten Mittel und Mühen zu vereiteln, ist bekannt. Neben vielen derartigen Mitteln wurde Th. vor etwa Jahresfrist ein Extractum Chinae Nanning empfohlen, mit welchem Th. so hervorragende Wirkungen erzielte, daß er es für seine Pflicht hält, dieselben zu veröffentlichen und die Herren Kollegen zur weiteren Erprobung dieses Mittels aufzufordern.

Th. wandte dieses Extract. Chinae Nanning zunächst in mehreren Fällen von Dyspepsie bei Bleichsüchtigen an, da ja gerade hier der so häufig auftretende chronische Magenkatarrh sehr störend auf den günstigen Verlauf dieser Krankheit einwirkt.

Nach kurzer Zeit hatte Th. in allen Fällen eine Beseitigung der bestehenden Dyspepsie erreicht; eine von diesen Patientinnen erklärte ihm sogar, noch nie in ihrem Leben einen solchen Appetit gehabt zu haben, wie jetzt nach Gebrauch dieses Extraktes.

Unter diesen Patientinnen hatte Th. einige, welche bei Eintritt ihrer monatlichen Blutungen an heftiger Dysmenorrhoe litten. Als nun nach mehrwöchentlichem Gebrauche obigen Extraktes bei dieser Dame das Unwohlsein wieder eintrat, blieben die Schmerzen fort. Um nun Gewißheit zu haben, ob obiges Extrakt auch hierauf einen Einfluß habe, ließ Th. den Gebrauch des Extract. Chinae Nanning aussetzen. Beim nächsten Unwohlsein traten die Schmerzen wieder ein, wenn auch nicht so heftig wie in früherer Zeit. Nunmehr gebrauchte sie wieder dieses Mittel, woraufhin die Schmerzen fernblieben.

Außerdem wandte Th. dieses Extrakt bei mehreren Skrophulösen an, die wegen beständiger Indisposition ihres Verdauungsapparates immer mehr herunterkamen. Durchweg hatte er günstige Erfolge. Sehr interessant war die Wirkung dieses Ektraktes bei nervöser Dyspepsie.

Th. erzielte stets ein günstiges Resultat, wenn die Ursache der Erregung vermindert oder beseitigt wurde.

Bei akutem und chronischem Magenkatarrh, der sich infolge starken Alkoholgenusses eingestellt hatte, konnte ich durchweg sehr gute Resultate konstatieren. Bei derartigem akuten Katarrh regte sich meistens $^1/_2$—1 Stunde nach Genuß des Extraktes der Appetit, die Verdauung war dann stets eine gute und die unangenehmen Beschwerden eines übermäßigen Alkoholgenusses waren bald beseitigt, besonders, wenn er obiges Extrakt in einem Gläschen Portwein reichen ließ.

Bei Kindern fügte er als Korrigens etwas Syrup. cort. aur. hinzu und erzielte gute Erfolge.

Bei Wundkranken, die infolge ihrer Erkrankung an Verdauungsbeschwerden laborierten, hat er obiges Mittel durchweg mit sehr gutem Erfolge angewandt.

Bei fieberhaften Krankheiten genügte ein mehrmaliges Darreichen obigen Extraktes, um den Widerwillen der Patienten gegen Speisen zu beseitigen. In den meisten Fällen konnte er sogar schon in den ersten Tagen einen leidlichen Appetit erzielen.

Über Kautschukheftpflaster. (Russische med. Rundschau Nr. 10, 1907.)

v. Boustedt erinnert an die Bedeutung der Heftpflaster für die Chirurgie im allgemeinen und erwähnt, wie die Pflaster früher meistens schmierten und an einem Lichte erwärmt werden mußten, damit sie wenigstens einigermaßen klebten, und bespricht dann speziell die vorzüglichen Resultate, die er mit den modernen „Duranaplastverbänden" erzielte. (Von der Firma Dr. Degen & Kuth, Düren im Rheinland, in den Handel gebracht.)

Mittels „Duranaplast" ist das Anlegen eines Heftpflasterverbandes außerordentlich bequem. Die „Duranaplastverbände" stellen nach dem Autor einen bedeutenden Fortschritt dar. Sie sind von großer Klebkraft, lassen sich leicht ablösen, sind dünn und schmiegsam, reizen nicht und sind sehr lange haltbar.

Er empfiehlt Duranaplast bei Furunkeln am Halse, wobei er bemerkt hat, daß der unangenehme Druck und die Schmerzen beim Reifen des Furunkels in dieser Behandlung sehr schnell verschwinden, und daß man durch frühzeitiges Auflegen eines Stückchens Duranaheftpflaster das Reifwerden des Furunkels unterdrücken und eine vollständige Resorption des Entzündungsherdes herbeiführen kann

Eine sehr gute Anwendung hat das Heftpflaster bei den Nabelbrüchen der Kinder gefunden, und wir müssen zugeben, daß es dabei in verschiedener Hinsicht Ausgezeichnetes leistet. Das Kind kann damit gebadet werden, die Haut wird nicht gereizt, und kann solch ein Verband bis zu drei Wochen unbeschadet liegen bleiben. Wie quälte man sich früher mit den Nabelbrüchen und dem alten Heftpflaster ab, es hatte mehr Nachteile als Vorteile.

Der Autor schließt mit den Worten, daß die von der Firma Dr. Degen & Kuth in den Handel gebrachten Heftpflaster und Pflastermulle und -batiste so vorzüglich sind, daß es nicht nötig ist, sich dabei weiter zu verbreiten. Jedenfalls sind es die besten Präparate, die uns bis jetzt bekannt sind. Es gibt ja noch viele ähnliche Präparate, denen aber doch der eine oder der andere Mangel anhaftet.

VII. Notizen.

Berlin. Albert Hoffa †. Ganz unerwartet ist Albert Hoffa, in der Vollkraft seines Lebens, aus seinem großen und segensreichen Wirkungskreise herausgerissen worden. In Köln, wohin er sich in Ausübung seines Berufes begeben, hat ihn der Tod ereilt. Hoffa ist noch nicht 49 Jahre alt geworden. Schon in seiner ersten Mannesreife war er zu ungewöhnlichem Ansehen unter seinen Berufsgenossen und zu großem Rufe unter seiner zahlreichen Krankenklientel gelangt. Er war zu Richmond in Südafrika geboren, kam indessen früh nach Deutschland, wo er eine sehr sorgfältige Erziehung genoß. Nachdem er seine Studien in Marburg und Freiburg vollendet hatte, kam er an die chirurgische Klinik des Würzburger Julius-Hospitals als Assistent und habilitierte sich in



seinem siebenundzwanzigsten Lebensjahre an der berühmten dortigen medizinischen Fakultät für orthopädische Chirurgie. Hoffa war einer der ersten deutschen Ärzte, der die eigenartige mechanische Methode Hessings zur Heilung von Unregelmäßigkeiten im Bau des menschlichen Knochengerüstes in die wissenschaftliche Medizin einführte. Er hatte die praktische Bedeutung des genialen Bandagisten sehr bald erkannt, und er drang unablässig darauf, daß sich die Ärzte mit dieser Apparatenheilkunde gründlich bekannt machen sollten. Er selber führte sie in seiner neubegründeten orthopädischen Anstalt in Würzburg mit aller Konsequenz durch und nach kurzer Zeit breitete sich ihr Ruf weit über die Grenzen Deutschlands aus. Hoffas Name zählte unter den gefeiertsten Orthopäden, und die Würzburger Fakultät übertrug ihm das Lehramt für chirurgische Orthopädie im Jahre 1897, das er bis zu seiner Berufung nach Berlin bekleidete. Wie in Würzburg so erwarb sich auch in Berlin Hoffa sowohl durch seine hochentwickelte chirurgische Technik als durch seine persönlichen Vorzüge die allgemeinste Anerkennung. Er war ein voller, mitfühlender Mensch, der für die Bedürfnisse seiner Kranken und seiner Leidenden ein rechtes herzliches Verständnis empfand. Sie waren wirklich „seine“ Kranken, und in dieser ethischen Beziehung zwischen ihm, dem Arzte und den Kranken, die Hilfe, Rat oder Trost erwarten durften, lag das Geheimnis seiner beispiellosen Erfolge. In seiner unerschöpflichen Menschenliebe, ganz besonders in seiner hingebenden Tätigkeit an den armen, kranken, elend gewordenen Kindern wurzelte sein ärztliches Wirken. Darum winkten ihm auch die großen Erfolge. Hohenlychen ist das bleibende Ruhmesdenkmal seiner auf echtestem, humanem Grunde ruhenden Wirksamkeit. Hoffa war überdies ein sehr fruchtbarer medizinischer Schriftsteller. Manches seiner Werke ist in mehreren Auflagen unter den Ärzten verbreitet. Vor allem aber hat sein „Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie“ Anerkennung gefunden. Es ist in die meisten europäischen Sprachen übersetzt worden.

— Professor Tobold †. Am 22. Dezember 1907 ist hier der bekannte Laryngologe Professor Tobold gestorben. Adalbert Tobold, der im Jahre 1855 Assistent von Langenbeck wurde, widmete sich nach weiterer wissenschaftlicher Ausbildung in Wien und Paris dem Studium der Kehlkopfkrankheiten, das damals durch die Erfindung des Kehlkopfspiegels in eine neue Epoche getreten war. An der Berliner Universität war Tobold Professor für Laryngologie und Rhinoskopie. Er führte die ersten endolaryngealen Operationen aus und erfand eine Reihe von Beleuchtungsapparaten und Instrumenten für die laryngologische Praxis. In seiner Berliner Klinik hat er eine Reihe ausgezeichneter plastischer Nachbildungen krankhafter Kehlkopfzustände hergestellt, die für den Anschauungsunterricht in der Laryngologie Bedeutung besitzen. Tobold wurde auch zur Beratung bei der Krankheit des damaligen Kronprinzen, späteren Kaiser Friedrich III., zugezogen. Schriftstellerisch war der Verstorbene ebenfalls sehr rege tätig.

— Professor Lassar †. Aus Berlin kommt die überraschende und schmerzliche Kunde von dem Ableben des Dermatologen Professor Oskar Lassar. Vor etwa vier Wochen wollte Lassar in der landwirtschaftlichen Hochschule eine Vorlesung halten. Er fuhr dorthin in einem Automobil, das er selber lenkte. Als er, aus der Luisenstraße kommend, die Invalidenstraße kreuzte, wurde sein Automobil von einer heransausenden Bedag-Droschke angerannt. Der Anprall war so heftig, daß Professor Lassar herausgeschleudert wurde und sich hiebei eine schwere Verletzung

des Hinterkopfes zuzog, der er nunmehr erlegen ist. Lassar hat nur ein Alter von 58 Jahren erreicht.

Merkblatt zur Verhütung des Plattfußes. Nach einem in der Deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege gehaltenen Vortrage, zusammengestellt von Dr. Muskat, Berlin. 1. Die Form des menschlichen Fußes ist von der aller übrigen Wesen des Tierreiches völlig verschieden. — 2. Die meisten Veränderungen des Fußes sind nicht angeboren, sondern erworben. — 3. Der Fuß ist wie jeder andere Teil des Körpers zu pflegen und zwar durch tägliche Reinigung, Schneiden der Nägel in gerader Richtung. — 4. Es sind mit dem nackten Fuße Zehenbewegungen auszuführen, der Fuß im Gelenk nach innen zu drehen. — 5. Beim Gehen und Stehen ist die Fußspitze geradeaus und nicht nach außen zu setzen. — 6. Schuhe und Strümpfe dürfen weder zu kurz, noch zu eng und spitz sein. — 7. Schuhe und Strümpfe sollen einballig sein, d. h. für den rechten wie für den linken Fuß verschieden geformt. — 8. Die größte Länge des Strumpfes und Schuhes soll an der Innenseite des Schuhes liegen, entsprechend der natürlichen Form. — 9. Am zweckmäßigsten ist der Schnürstiefel, der dem Fuße bei der Arbeit den größten Halt gewährt. — 10. Bei sportlichen Übungen und beim Turnen ist auf richtige Stellung der Füße zu achten (siehe Nr. 5). — 11. Bei der Berufswahl ist über Form und Widerstandsfähigkeit des Fußes ein ärztliches Gutachten einzuholen. — 12. Bei beginnenden Fußbeschwerden ist sofort ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Lateinische Speisekarte. In Helsingfors wurde vor kurzem die 21. Versammlung des finnländischen Ärztevereines abgehalten. Der Direktor der Medizinalverwaltung des Großfürstentums, Richard Sievers, gab den Kongreßmitgliedern ein Festessen, dessen Speisenfolge in lateinischer Sprache abgefaßt war und wie folgt lautete: Medicis Fenniae congressis Coenam praebet director medicinae generalis d. XXVII m. septembris a MCMVII. — Terna panis frusta cum butyro etc. Cerevisia bavarica. Fortissimus Trygg-Heleniae potus. — Decoctum astacorum fartorum. Vinum madeirense. Aqua apollinaris. — Salmo refrigeratus. Vinum ex castello Chablis. Succus rhenanus sine spiritu vinoso. — Caro bovina ex regione columnae vertebralis ex secta variis cum herbis. Vinum Burdigalense. Succus Florilis. — Tetrao cum acetario, cucumere etc. Idem vinum. Idemque succus. — Secunda mensa. — Vinum madeirense. Aqua apollinaris. — Casei cum Particulis. Fervidum Moccae decoctum in atrio coffeario dabitur.

VIII. Bibliographie.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin. 7. Bd. 9. Heft. Über die diagnostische und therapeutische Verwertung des Alttuberkulins in der internen Praxis. Von Doktor H. Lüdke. Würzburg. Mk. 0·75 — 7. Bd. 10./11. Heft. Das Gehörorgan und die akuten Infektionskrankheiten. Von Dr. W. Haslauer. München. Mk. 1·50. — 7. Bd. 12. Heft. Epilepsie und Epilepsiebehandlung. Von Dr. J. Bökelmann, Stephansfeld. Mk. 0·75. — 8. Bd. 1. Heft. Schwangerschaft und Tuberkulose. Von Dr. H. Bollenhagen, Würzburg. Mk. 0·75. Würzburg. Verlag A. Stuber (Curt Kabitzsch) 1907.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·–, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 22152
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 4. Wien, 25. Jänner 1908. **Nr. 4.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Wirkungen heißer und kalter Bäder und Duschen auf die Wärmeabgabe.*)

Von **Dr. P. Hoffmann**, Warmbrunn.

Die Temperatur jeder einzelnen Körperstelle ist das Ergebnis zahlreicher Verhältnisse, die in mannigfachen, zum Teile sehr komplizierten Wechselbeziehungen zueinander stehen; ganz allgemein erklärt, ist die Temperatur einer einzelnen Körperstelle abhängig einerseits von der Wärmemenge, welche an Ort und Stelle produziert und welche zugeführt wird, andererseits von der Menge, welche abgeführt wird. Die Temperatur muß steigen, sobald die ersten Mengen überwiegen, sobald die zweite überwiegt, muß die Temperatur sinken.

Bei fehlender Blutzirkulation unter Voraussetzung des Fortbestehens der Wärmeproduktion müßte die Temperatur im Innern beträchtlich höher, an der Peripherie beträchtlich niedriger sein. Die Blutzirkulation hat den Effekt, daß die Temperatur durch den ganzen Körper hindurch eine gleichmäßigere wird.

Die Temperatur der peripherischen Körperteile, in welchen der Wärmeverlust die Wärmeproduktion erheblich übersteigt, hängt hauptsächlich ab von der Quantität des Blutes, welche in der Zeiteinheit dieselben durchströmt. Je mehr die Zirkulation beschleunigt ist, um so mehr muß die Temperatur der peripherischen Teile sich der Temperatur des Körperinnern nähern. Mit der Verminderung der Zirkulationsgeschwindigkeit muß die Temperatur sinken und sich der Temperatur des umgebenden Mediums nähern. — Anders verhält es sich mit der Temperatur der inneren Körperteile. Da diese Teile bei einer mehr oder weniger erheblichen Wärmeproduktion nur dadurch einen Wärmeverlust erleiden, daß sie an das zirkulierende Blut Wärme abgeben, so folgt daraus, daß ceteris paribus die Innentemperatur des Körpers sinkt mit der Beschleunigung der Zirkulation, und daß bei einer sehr beträchtlichen Herabsetzung der Zirkulationsgeschwindigkeit die in diesen Teilen produzierte Wärme sich anhäufen, die Temperatur steigen muß. Diese Erwägungen, deren Richtigkeit nicht bestritten werden kann, liefern den Schlüssel zur Erklärung der Tatsachen, welche wir bei den Wasseranwendungen der verschiedensten Art zu beobachten Gelegenheit haben. Wir dürfen aber nach dem Vorausgegangenen niemals glauben, daß es möglich wäre, auf die Dauer irgendwie die durch Jürgensen in zahlreichen Versuchsreihen festgestellte fast absolute Konstanz der Mitteltemperatur eines Menschen zu beeinflussen. Nach dem Prinzipe der Kompensationen wird jede ungewöhnliche Abweichung von der Normaltemperatur, welche durch irgend eine besondere Einwirkung herbeigeführt wurde, nachher durch Abweichungen im entgegengesetzten Sinne kompensiert. Die Konstanz des Mittelwertes ist selbst dann vorhanden, wenn eine Person innerhalb mehrtägiger Beobachtungsreihen höchst verschiedenartigen und wechselnden Einflüssen ausgesetzt wird, so bei Wärmeentziehung und Wärmezufuhr, bei Hunger und bei reichlicher Ernährung, bei Arbeit und bei Ruhe.

Mannigfache Einflüsse sind imstande, die Körpertemperatur von ihrer gewöhnlichen Höhe abzulenken, besonders ist es uns möglich, durch Benützung des Wassers in den verschiedenartigen Anwendungsformen mächtig auf den Wärmehaushalt einzuwirken. Der Effekt ist verschieden, je nach der angewandten Temperatur, der Dauer der Einwirkung und nach der mechanischen Form der Anwendung. Im allgemeinen unterscheidet man bezüglich der Temperatur wärmesteigernde, wärmeherabsetzende und, zwischen jenen liegend, indifferente Temperatur des Badewassers. Meines Erachtens ist es richtiger, nur die ersten beiden Formen der Wassereinwirkung anzuerkennen. Nach Kisch liegt die Temperaturgrenze des indifferent warmen Bades bei 35° C, der thermische Effekt eines solchen Bades sei gleich Null. Dem widerspricht aber die Beobachtung Schüllers, welcher am trepanierten Tiere im lauwarmen Bade zuerst eine Erweiterung, dann eine starke Zusammenziehung der Piagefäße und ein Einsinken des Gehirnes wahrnahm. Auch die stets beobachtete beruhigende Wirkung auf den gesunden und kranken Organismus spricht gegen den Indifferentismus eines Bades von 35° C. Am schwerwiegendsten gegen die Annahme der Indifferenz des 35 C grädigen Bades dürfte die Ungleichheit der Hauttemperaturen der verschiedenen Körperstellen sein, die von 22° bis 37·25° C schwanken. Kinder und Greise haben im Durchschnitte der gemessenen Mittel niedrigste Hauttemperaturen,

*) Vortrag, gehalten am 35. schles. Bädertag 1907.



als Individuen mittleren Lebensalters. Haut, unter welcher Muskeln liegen, ist wärmer als die oberhalb der Knochen und Sehnen. Da selbst die Temperatur des Blutes verschieden ist und an verschiedenen Orten und zwischen 36·78 und 39·7° C schwankt, da das venöse im allgemeinen wärmer gefunden wurde als das arterielle Blut, so ist es meines Erachtens nicht angängig, von einer Indifferenztemperatur bei Einwirkung eines Bades zu sprechen.

Unter normalen Verhältnissen wird die Konstanz der Körpertemperatur dadurch bewirkt, daß die Wärme regulierenden Einrichtungen Wärmeproduktion und Wärmeabgabe stets gleich erhalten. Eine Erhöhung der Körpertemperatur wird sich daher herbeiführen lassen, wenn es gelingt, entweder die Wärmeproduktion dauernd über die Wärmeabgabe zu erhöhen oder die Wärmeabgabe dauernd unter der Wärmeproduktion zu halten. Für uns kommt hauptsächlich der zweite Fall in Betracht, da vermehrte Wärmeproduktion nur im arbeitenden Körper bei Muskeltätigkeit, geistiger Erregung oder bei der Verdauung zu beobachten ist.

Nur die vermehrte Wärmeproduktion nach kalten Bädern wird später besonders zu betrachten sein.

Eine stärkere Erhöhung der Körpertemperatur läßt sich herbeiführen durch Verminderung der Wärmeabgabe. Alle Stoffe, denen ein großes Wärmeleitungsvermögen zukommt, entziehen dem Leibe viel mehr Wärme als die schlechten Wärmeleiter. Umgekehrt führen erstere in Berührung mit der Haut dem Körper gegebenen Falles mehr Wärme zu, als letztere. Trockene Luft als schlechter Wärmeleiter wird vom Körper bis zu unglaublichen Temperaturhöhen ertragen; heiße Luft von 127° C wurde von einem Menschen 8 Minuten lang ertragen — ein Beobachter berichtet sogar, daß Mädchen im Backofen bei 132° C bis 20 Minuten lang Arbeiten verrichteten — dabei stieg die Körpertemperatur nur bis 38·7—38·9° C, freilich tritt in solchen Fällen eine starke Herabsetzung der Temperatur an der Haut infolge Schweißverdunstung ein; wird die trockene Luft hingegen durch die Gegenwart von Wasserdämpfen zum besseren Wärmeleiter gemacht, ist vielleicht gar kein Sättigungsdefizit vorhanden, so ist der Mensch bei weitem nicht imstande, gleich hohe Außentemperaturen auszuhalten, wie in trockener Luft. In einer mit Wasserdämpfen gesättigten Luft von 31° C kann der Mensch noch Arbeiten verrichten, bei 53—60° C Temperatur im russischen Dampfbade erreicht die Körpertemperatur aber oft die bedrohliche Höhe von 40·7—41·6° C. Im Wasser von Körpertemperatur steigt die im Mastdarm gemessene Temperatur in einer Stunde um 1° C, in $1^1/_2$ Stunden bis gegen 2° C. Allmähliche Erhöhung der Wassertemperatur von 38·6 auf 40·2° C bewirkte schon in 15 Minuten Temperaturzunahme der Achselhöhle bis zu 39·0° C.

(Fortsetzung folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Chirurgie und Orthopädie.

In der Abteilung für Chirurgie wurde das Thema: Gelenkschirurgie und Orthopädie zur Diskussion gestellt. Prof. Schanz, Dresden, demonstrierte interessante Fälle von Gelenkschirurgie, Dr. Reiner, Wien, zeigte plastische Gelenksoperationen. Dr. Bade, Hannover, berichtete über eines der interessantesten Kapitel der orthopädischen Chirurgie, über Sehnenoperationen bei Lähmungen. Vor etwa 20 Jahren war Nicoladoni auf den Gedanken gekommen, bei einer Lähmung durch Erkrankung des Rückenmarks den gelähmten Muskel durch einen anderen gesunden Muskel zu ersetzen, indem dieser ganz oder teilweise mit dem gelähmten in Verbindung gebracht wird. Diese Art der Behandlung von Lähmungen ist in der letzten Zeit mit großem Erfolge weiter ausgebaut worden, so daß es, wie Bade an 156 behandelten Fällen nachweist, gelingt, durch Lähmung entstandene Klumpfüße, Hackenfüße, Knieverbiegungen, Hand- und Ellbogenverkrümmungen nicht nur zu beseitigen, sondern diesen Gliedern auch eine annähernd normale Funktion wiederzugeben.

Kinderzahnpflege.

Dr. Metz, Meran, schildert die Entwicklung der Kinderzahnpflege in den verschiedenen Staaten und betont ihre Wichtigkeit an der Hand von statistischem Material. Kranke Kinderzähne bilden die Eingangspforte für verschiedene Infektionskrankheiten und verhindern das Kind durch Schmerzauslösung an genügendem Kauen, wodurch die Ernährung und Entwicklung des Kindes leide. Kranke Zähne lassen das Kind nicht schlafen, behindern es an seiner Arbeit, bilden die größte Gefahr für die kommenden bleibenden Zähne, die durch Kontakt leicht kariös werden. Der Vortragende verweist auf die Notwendigkeit der Einschränkung des Ziehens von Kinderzähnen hin, da dadurch einerseits das Kauvermögen, andererseits das Wachstum der Kiefer eingeschränkt wird. Dieser Umstand aber verursacht das Schiefwachsen der Zähne. Dr. Metz erörtert die Behandlung schwer erkrankter Kinderzähne und Kiefer und bespricht schließlich den enormen Nutzen der Kinderzahnpflege in öffentlichen Schulzahnkliniken.

In der Abteilung für Kinderheilkunde sprach Assistent Dr. v. Pirquet über seine Impfmethode mit Tuberkulin, welche die sichere Diagnose der Anfangsstadien der Tuberkulose ermöglicht. Durch methodische Untersuchungen der Kinder nach der Methode von Pirquet, von der Krippe und Spielschule angefangen, der Heranwachsenden in der Lehrlings- und Militärzeit wird man ein exaktes Bild über die prozentuelle Ausbreitung der Tuberkulose und über jene Zeiten und Orte aufstellen können, in welchen die Infektion vor sich geht. Eine besondere Bedeutung der Methode sieht Verfasser darin, daß man durch sie die klinischen Anfangsstadien der Tuberkulose kennen lernen wird. Wenn man auch in der Familie nicht so weit gehen kann, daß man alle als tuberkulös erkannten Individuen absondert, so wird man es vielleicht in der Schule oder wenigstens in der Kinderbewahranstalt ausführen können. Die praktischen Erfolge, welche die Tuberkulindiagnose in der Viehzucht erreicht hat, werden sich vielleicht so auch in der Aufzucht des Menschenkindes verwirklichen lassen. Pirquet sieht darum die hauptsächlichste Bedeutung der Impfung in der Prophylaxe; als individuell diagnostisches Mittel hat sie vorderhand nur in der ersten Kindheit positiven prognostischen Wert. Möglich ist immerhin, daß sie auch hier praktischen Wert erhalten wird, wenn man einmal die Feinheiten der Reaktion, die Zeit des Eintrittes, ihre Größe, die Verdünnung des Tuberkulins, bei der sie erscheint, verwerten gelernt hat. Endlich hält Pirquet das allgemeine Prinzip der Reaktion für ein fruchtbringendes, weil es sich voraussichtlich auf andere Erkrankungen, deren Erreger man rein darstellen kann, anwenden lassen wird.

Musikalisches Gehör bei Schwachsinnigen.

Dr. Imhofer, Prag, hat bei Schwachsinnigen bisweilen ganz auffallende musikalische Begabung gefunden. Von Interesse ist die auch für den normalen Menschen geltende Beobachtung, daß musikalisches und physiologisches Gehör durchaus nicht koordiniert sein müssen, das heißt bei stark herabgesetztem physiologischen Gehör das musikalische Gehör vollkommen intakt sein kann, wofür zahlreiche Beobachtungen an hochgradig schwerhörigen und dennoch mit ausgezeichnetem musikalischen Gehör begabten Menschen sprechen. Vortragender plädiert dafür, bei der Erziehung der Schwachsinnigen, welche ja nicht nur den idealen Zweck verfolgt, das geistige Leben derselben zu wecken, sondern auch das praktische Ziel vor Augen haben muß, es dahin zu bringen, daß dieselben der menschlichen Gesellschaft möglichst wenig zur Last fallen, also sie einem Berufe zuzuführen, dem musikalischen Unterrichte eine große Bedeutung einzuräumen. Wenn auch trotz der zahlreichen geistig sonst nicht hochstehenden musikalischen Wunderkinder nie daran zu denken sein wird, einen Schwachsinnigen zum wirklichen Künstler heranzu-



bilden, so hält Vortragender doch die Möglichkeit für gegeben, daß einer oder der andere dieser bedauernswerten Menschen sein Fortkommen als Mitglied einer kleinen Musikkapelle finden könne. Schließlich weist Imhofer auf das in neuester Zeit große Beachtung findende eurythmische Turnen hin, welches ein sehr wichtiges Erziehungsmittel darstellt und für welches die Schwachsinnigen bei ihrem ausgesprochenen Sinn für Rhythmus ganz gut geeignet erscheinen.

Bekämpfung der Rauch- und Rußplage.

Finanz- und Baurat R. Trautmann, Dresden, sprach über die technische und hygienische Bedeutung des Fernheiz- und Elektrizitätswerkes in Dresden und führte aus, welch wichtiges und erprobtes Mittel dieses Werk zur Bekämpfung der Rauch- und Rußplage sei. Es sei an Stelle von mehr als 1000 Einzelhöfen in 13 großen Hof- und Staatsgebäuden eine einzige rauchlos arbeitende Dampfkesselfeuerung getreten. Die Wärmezuführung zu den angeschlossenen Gebäuden geschehe vermittels hochgespannten Wasserdampfes, der von der zentralen Kesselanlage aus durch Rohrleitungen in einem unterirdischen Kanale nach den Gebäuden hingeleitet werde. Zur Erzielung eines wirtschaftlich vorteilhaften Betriebes sei der Heizbetrieb mit der Erzeugung von Elektrizität verbunden worden.

Der Vortragende schloß mit einem Hinweise auf die durch die Fernheizung erzielten wesentlichen Vorteile.

Diätetik bei Arterienverkalkung.

Dr. Lustig, Meran, hebt die Bedeutung einer rationellen Diätetik hervor, welche fast allein imstande ist, die ersten Anzeichen der Krankheit zum Verschwinden zu bringen, deren Progredienz zu verhüten und als prophylaktische Maßregel dem Ausbruche derselben vorzubeugen. Er hebt die Wichtigkeit von Obst- und Traubenkuren hervor, lobt nicht nur deren heilsamen hemmenden Einfluß auf den fortschreitenden Gang des nicht zu weit vorgeschrittenen Krankheitsprozesses, sondern schreibt ihnen selbst heilende, regenerierende Wirkung auf die im ersten Stadium befindlichen texturellen Veränderungen der Gefäßwände zu. Meneralwassertrinkkuren dürfen nur mit großer Vorsicht durchgeführt werden, Milchtrinkkuren müssen, als aus zweifachen Gründen schädlich, nach Tunlichkeit gemieden werden.

Gefährdung der Ehegatten durch Tuberkulose.

Dr. Scherer, Bromberg, faßt seine Ausführungen in folgende Schlußsätze zusammen: Tuberkulöse Frauen sind durch die Eheschließung in weit höherem Grade gefährdet als tuberkulöse Männer. Schließt ein gesunder Mensch mit einem lungenkranken die Ehe, so ist die Gefahr, daß der Gesunde durch den Kranken mit Tuberkulose infiziert wird, außerordentlich groß, um so größer, je ungünstiger die ganzen sozialen Verhältnisse der Eheschließenden sind. Daraus ergeben sich folgende Forderungen: Tuberkulöse Frauen sollen unter keinen Umständen heiraten, weil die Ehe für sie beträchtliche Gefahren mit sich bringt. Tuberkulösen Männern kann man die Ehe nur dann gestatten, wenn bei ihnen mindestens einige Jahre hindurch keine Tuberkelbazillen nachweisbar waren, und auch sonst keinerlei Anzeichen dafür vorhanden sind, daß die Tuberkulose noch als „aktiv“, als im Fortschreiten befindlich angesehen werden muß, wenn ferner die wirtschaftlichen Verhältnisse derart sind, daß auch im Falle einer neuen Erkrankung, bezw. eines Wiederaufflackerns der alten Erkrankung genügende Pflege, ausreichende Ernährung und Beachtung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln den Gesunden gegenüber gesichert sind.

Prof. Kratter, Graz, spricht auf Grund einer mehr als 30jährigen Erfahrung im Gebiete der forensischen Blutuntersuchung sich zugunsten der ältesten chemischen Blutprobe nach Van Deen aus. Sie übertrifft an Zuverlässigkeit und Empfindlichkeit alle späteren Methoden. Die von vielen gesehenen Mißerfolge beruhen auf unrichtiger Ausführung.

Kratter erläutert ferner an Präparaten und Abbildungen Fälle von Selbstmord durch Beilhiebe, eine äußerst seltene Selbstmordart. Die Bruchformen der durch die eigene Hand herbeigeführten Knochenwunden des Schädels sind so charakteristisch, daß die Untersuchung von den durch fremde Hand bewirkten Kopfhiebwunden bei richtiger Sachkenntnis jederzeit mit absoluter Sicherheit möglich ist.

Der Frühjahrskatarrh.

Der Frühjahrskatarrh ist nach Prof. Elschnig, Prag, eine seltene Erkrankung der Bindehaut, die ihren Namen nach ihrem eigenartigen Verlaufe erhalten hat. Im Winter, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle symptomlos, treten im Beginne und für die Dauer der warmen Jahreszeit heftige und durch keine Behandlung zu unterdrückende Reizerscheinungen in beiden Augen auf. Ursache und Wesen der Erkrankung sind noch unbekannt. Auch die klinischen Erscheinungen sind noch nicht völlig klargestellt. Elschnig hat nun in einer Reihe von Fällen einen bisher noch nicht beschriebenen Befund, eine eigenartige Gefäßveränderung an der Lidbindehaut festgestellt, welche für die Erkrankung charakteristisch scheint und auch die Erkennung der Frühstadien ermöglichen dürfte. Es dürfte daraus abzuleiten sein, daß in den Gefäßen der Bindehaut der Ausgangspunkt des Frühjahrskatarrhs zu suchen ist. In Hinsicht der Behandlung hat Elschnig gefunden, daß die Anwendung von Ichthyol beginnende Erkrankungen oft geradezu zu koupieren, schwere Erkrankungen zum mindesten günstig zu beeinflussen vermag.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Grosse, Die Asepsis der Rückenmarksanästhesie. (Münchener medizinische Wochenschrift 1907, Nr. 40).

Die Rückenmarksanästhesie hat trotz aller Fortschritte immer noch in mehr als der Hälfte der Fälle Brechreiz und Erbrechen, Temperatursteigerungen, Kreuzschmerzen und Kopfschmerzen in mittelbarem oder unmittelbarem Gefolge. Die Ursache hiefür liegt, wie G. auf Grund eigener Erfahrungen sowie der Beobachtungen anderer Autoren feststellt, in Mängeln und Fehlern der Asepsis bei diesem Eingriff.

Alle bisher angewandten Sterilisations- und Desinfektionsmethoden haben ein einwandfrei aseptisches und dabei — wie es die außerordentliche Empfindlichkeit der nervösen Zentralorgane unbedingt erfordert — von jeder Verunreinigung (Rostbildung, Niederschläge von Kalksalzen des Wassers, von Soda, von Kochsalz) freies Instrumentarium nicht zu liefern vermocht. Nur die Wasserdampfsterilisation wird der hier zu lösenden Aufgabe bei größter Einfachheit der Anwendung in idealer Weise gerecht. Die Injektionsspritze kann der direkten Ein-

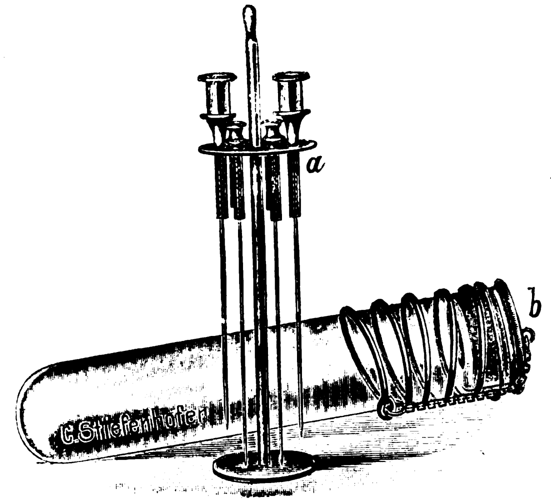
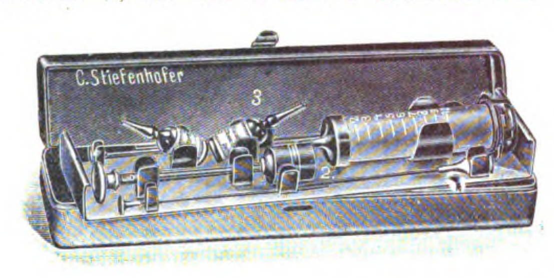


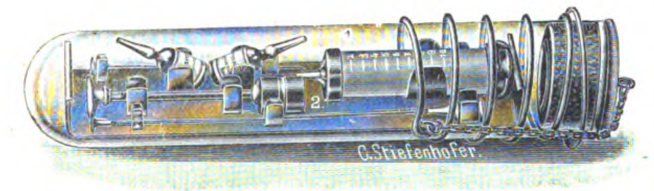
Fig. I. Kanülensterilisationsrohr nach Grosse.
(D. R. G. M. Nr. 245379.)



wirkung des Wasserdampfes entweder in dem G.'schen Universalsterilisator oder im Verbandstoffraum eines Kochsterilisationsapparates oder in einem aus zwei ineinander gestellten Töpfen improvisierten Dampfsterilisator (cfr. Berl. klin. Wochenschrift 1907. Nr. 28) ausgesetzt werden; die Kanülen sind ebenso, wie es G. vordem (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 77, 1. 1905, Münch. med. Wochenschrift 1905, 31) für chirurgische Messer angegeben, in ein Glasrohr eingeschlossen zu sterilisieren. Sie werden, wie durch die Mandrins, um eine Beschädigung der feinen Spitzen zu verhüten, in ein einfaches Stativ (Figur Ia) gelagert, in das Kanülensterilisationsrohr“ *) (Figur Ib) eingeführt, welches nun fest verschlossen dem Wasserdampf mit der Spritze und den sonstigen Instrumenten zugleich 10 Minuten lang exponiert wird. Nach beendeter Sterilisation dem Rohre entnommen zeigen sich die Kanülen vollkommen trocken und glänzend, außen wie innen von jedem Belag frei. Die Spritze ist nur mit einigen Kondenswasserperlen besetzt, die alsbald spurlos eintrocknen. Das Instrumentarium ist auf sehr einfache Weise dauernd in tadellosem Zustande zu halten.

Um das Sterilisationsverfahren noch einfacher und einheitlicher zu gestalten, hat G. ein Besteck*) angegeben, welches (Fig. II) aus einem größeren Sterilisationsrohre (1) und einer in dasselbe einzuschiebenden La-





½ nat. Größe.

Fig II. Besteck zur Spinalanästhesie nach Grosse.
(D. R. G. M. Nr. 245379.)

gerung (2) aus Metall besteht, auf der, in federnden Klammern gehalten, das gesamte Instrumentarium der Rückenmarksanästhesie — Rekordspritze, 2 Kanülen, 2 Mandrins und 2 Phiolen Tropakokaïn Merck — zwecks Sterilisation und ev. steriler Aufbewahrung untergebracht ist. Die Sterilisation erfolgt in gleicher Weise wie oben geschildert, durch 10 Minuten lange Einwirkung des Wasserdampfes auf das festverschlossene Glasrohr und liefert völlig trockene, von Belag oder Flecken freie Instrumente. Zur Aufbewahrung derselben samt Lagerung dient bei Nichtgebrauch ein Metalletui (3), dem mit Öhr versehene Neusilberdrähte zur Reinigung der Kanülen beiliegen.

Zur Händedesinfektion und zur Desinfektion der Punktionsgegend bedient sich G. nicht mehr des, wie Schumburg nachgewiesen hat, unwirksamen Bearbeitens der Haut mit Wasser, Seife und Bürste, noch irgendwelchen Antiseptikums, sondern lediglich des Alkohols, entweder des Schumburgschen Gemisches (Alkohol 1000 + Äther 500 + Acid. nitr. 7·5), oder aber des gewöhnlichen Brennspiritus. Hände und Operationsfeld werden hiemit ca. 3 Minuten abgerieben, letzteres sodann mit abgekochtem Wasser nachgewaschen.

*) Firma C. Stiefenhofer, München, Karlsplatz 5.

Aus den bei der Rückenmarksanästhesie gemachten Erfahrungen, daß schon die Einbringung minimaler Mengen von differenten Stoffen zu schweren Schädigungen des Organismus führt, ergibt sich das Desiderat, nicht nur an diesen Eingriff, sondern an alle Operationen mit einem wirklich tadellosen, d. h. nicht allein keimfreien, sondern von jeder Verunreinigung und jedem Belag freien Instrumentarium heranzugehen, wie es nur mittels der, auch in jeder anderen Hinsicht dem Kochverfahren weit überlegenen Wasserdampfsterilisation aufs einfachste und leichteste zu erhalten ist.

*

E. Schreiber, **Die Urämie und ihre Behandlung.**

In den weitaus meisten Fällen treten die Symptome der Urämie mit einer zunehmenden Verminderung der Harnsekretion oder mit völliger Anurie in Erscheinung, seltener bleibt die Urinsekretion erhalten oder zeigt gar eine Steigerung.

Der akute Anfall hat große Ähnlichkeit mit dem epileptischen, auch ihm gehen meistens in den letzten 24 Stunden Vorboten vorauf, wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Neuralgien usw. Dann kommt es zur Störung des Bewußtseins mit tonischen und klonischen Krämpfen, daneben besteht Cyanose. Der Puls, welcher vor dem Anfalle meist langsam ist, wird plötzlich sehr klein und frequent, auch unregelmäßig. Die Atmung zeigt gelegentlich den Cheyne-Stockesschen Typus. Die Temperatur ist meistens gesteigert, sinkt aber nach dem Anfalle zum Teile unter die Norm. Die Pupillen reagieren während des Anfalles meistens träge, ihre Weite schwankt.

Nicht immer spielt sich der akute urämische Anfall so typisch ab. Immer aber weisen die Symptome auf eine Störung des Großhirns oder des verlängerten Marks hin. Die Krämpfe können fehlen oder doch so zurücktreten, daß das Koma das Bild vollständig beherrscht, oder die Krämpfe treten ohne Koma auf und befallen gelegentlich nur eine Körperhälfte, Muskelgruppen oder nur einzelne Muskeln. Statt der Krämpfe können Zitterbewegungen eintreten, die an Paralysis agitans erinnern, oder, und das ist beachtenswert, auch Lähmungen einzelner Muskeln oder einer Körperhälfte in Form einer Hemiplegie auftreten. Statt des Komas können sich Delirien und Erregungszustände bis zur Manie einstellen, denen seltener psychische Depression und Psychosen folgen. Auch Aphasie wurde als alleiniges Symptom beschrieben. Seitens der Sinnesorgane beobachtet man am häufigsten plötzlich einsetzende Erblindung, die übrigens auch als Vorbote auftreten kann, ohne daß sich mit dem Augenspiegel eine krankhafte Veränderung nachweisen läßt, falls nicht zuvor eine Retinitis albuminurica bestand. Diese Erblindung ist in einzelnen Fällen der Heilung zugänglich, dann ist meist die Pupillenreaktion erhalten. Gelegentlich wurde auch eine Hemiopie beobachtet. Seltener stellen sich Störungen seitens des Gehörorgans ein bis zur vollkommenen Taubheit. Bei allen diesen Erscheinungen werden gröbere anatomische Veränderungen in der Regel nicht gefunden, abgesehen von geringerem oder stärkerem Hirnödem oder lokaler Anämie.

Bei der chronischen Urämie treten Erscheinungen seitens des Magendarmkanals in den Vordergrund, wie Appetitlosigkeit, Erbrechen und Durchfälle. Die erbrochenen Massen reagieren in späteren Stadien zuweilen alkalisch und besitzen einen eigenartigen urinösen Geruch, der übrigens auch dem Atem dieser Kranken anhaftet, derselbe ist bedingt durch Zersetzung des Harnstoffes in Ammoniak (vielleicht auch durch Bildung von Trimethylamin). Die Bildung von kohlensaurem Ammoniak im Darm wird auch für die Entstehung der Durchfälle sowie der Darmgeschwüre angeschuldigt. Die nervösen Erscheinungen verlaufen hier weniger stürmisch, insbesondere treten die Krämpfe zurück und dafür die Erscheinungen der psychischen Sphäre, wie Kopfschmerzen, Apathie usw. in den Vordergrund. Dabei besteht meistens eine Verengerung der Pupillen. Die psychischen Störungen können sich bis zur völligen Verwirrtheit mit Halluzinationen steigern, ja selbst, wie Bruns mitteilt, die



Erscheinungen der progressiven Paralyse darbieten. Die Atmung zeigt auch hier gelegentlich den Cheyne-Stokesschen oder auch den Kussmaulschen Typus, wie man ihn bei Coma diabeticum findet. Zuweilen klagen die Urämiker über sehr lästiges Hautjucken, das auf einen Reiz der sensiblen Hautnerven durch die im Blute in größerer Menge zirkulierenden Stoffwechselzersetzungsprodukte zurückgeführt wird. In einzelnen Fällen wurde ja eine kristallinische Ausscheidung der Harnstoffe auf der Haut kurz vor dem Tode beobachtet.

Die Körpertemperatur zeigt stets eine Neigung zum Subnormalen. Der Blutdruck ist meistens erhöht, sinkt aber bei Kollapszuständen. Der chronisch-urämische Zustand bedeutet wohl stets den Anfang vom Ende, wenn die Erscheinungen sich auch über Monate hinziehen können.

Die Diagnose der Urämie wird nur da Schwierigkeiten begegnen, wo man den Patienten im benommenen Zustande antrifft und die Anamnese im Stich läßt. In diesen Fällen wird auch eine genaue Untersuchung des Harns und Blutes nicht immer zum Ziele führen. Daran erinnert werden muß hier nur, daß man es nicht unterlassen darf, bei nervösen Beschwerden der anfangs geschilderten Art, besonders bei chronischen Kopfschmerzen, den Urin zu untersuchen, damit man nicht plötzlich von der Urämie überrascht wird.

Was die Therapie anbetrifft, so kann man bei der akuten Urämie vieles leisten durch die ausgiebige Anwendung des Aderlasses in Verbindung mit Kochsalzinfusion. S. empfiehlt bei dem akuten urämischen Anfall einen ausgiebigen Aderlaß (100—250 cm^3) je nach Lage des Falles und der Konstitution des Kranken mit nachfolgender Kochsalzinfusion (500—1000 cm^3).

Es genügt ein kleiner Einschnitt in eine der Venen der Ellenbeuge, die man sich durch leichte Kompression am Oberarm deutlicher zu Gesicht bringen kann. Bezüglich der Einverleibung der Kochsalzlösung scheint es gleich zu sein, ob dieselbe subkutan oder endovenös gemacht wird.

Nach den Erfahrungen, die Strubell an seinen nephrektomierten Hunden gemacht hat, die schneller zugrunde gingen, wenn sie eiweißhaltige Kost bekamen, wird man gut tun, überall da, wo Urämie droht, reine Kohlehydrate und vegetabilische Nahrung mit Fetten zu geben, insbesondere Milch, Sahne, ev. mit Traubenzucker, und Fruchtsäfte sowie Abkochungen von Leguminosemehl und Schleimsuppen, denen kein Kochsalz zugesetzt werden darf. Verboten sind auf jeden Fall alle Nieren reizenden Nahrungsmittel, insbesondere Bouillon und Fleischextrakte sowie Alkohol. Bei dem sehr häufigen Erbrechen wird man alle diese Dinge kalt reichen lassen, eventuell auch noch Eisstückchen geben. In einzelnen Fällen leisten auch Magenspülungen sehr gutes, sowie Darreichungen von Kokain- oder Eukainlösungen. Bei den leichten dyspeptischen Störungen ist Salzsäure von Nutzen. Besonderes Augenmerk wird man auch auf die Darmtätigkeit zu richten haben, da, wie wir wissen, bei Obstipationen sich Giftstoffe bilden können, die einen ungünstigen Einfluß auf die Niere ausüben können.

Gute Berechtigung scheint zur Ausführung der Giftstoffe die Schwitzkur unter gleichzeitiger stärkerer Wasserzufuhr zu haben, kann doch, wie jüngst noch Bendix wieder experimentell bewiesen hat, die Haut vikariierend für die Niere eintreten.

Gegen die nervösen Symptome wird man wohl unter Umständen ohne Narkotika nicht auskommen. Gegen die urämischen Kopfschmerzen leistet in manchen Fällen Chloralhydrat oder auch Antipyrin gute Dienste. Da, wo Chloralhydrat vom Magen aus nicht gut vertragen wird, kann man es auch als Klysma mit Zusatz von einigen Tropfen Opiumtinktur reichen. Bei Herzschwäche und drohendem Kollaps wäre Koffein, 0·1—0·2 *g* Kampfer, die intramuskuläre Injektion von Digalen zu empfehlen, oder noch wirksamer ist die intravenöse Injektion von Strophantin. (Deutsche Ärzte-Zeitung Nr. 16, 1907.)

*

Über die Todesursache bei akuter Pankreatitis. Von Dr. Doberauer.

Die Untersuchungen wurden an Hunden angestellt; Verfasser kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Das gesunde und frisch dem lebenden oder eben getöteten Tiere entnommene Pankreas wird von den Tieren bei intraperitonealer Applikation gut vertragen.

2. Durch Unterbindung und Durchtrennung des Pankreas läßt sich eine nach ihren Symptomen (Fettgewebsnekrose, hämorrhagischer Erguß im Peritoneum, subseröse Blutungen an Darm und Mesenterium) der menschlichen Pankreatitis ähnliche Erkrankung erzeugen, welche das Versuchstier tötet.

3. Das auf diese Weise erkrankte Pankreas wirkt auf andere Tiere übertragen tödlich, und zwar in derselben Weise, wie die Unterbindung des Pankreas. Es muß somit in dem unterbundenen Organe durch den besonderen Krankheitsprozeß eine Substanz produziert werden, welche das pathogene Moment darstellt.

4. Diese Ansicht findet eine weitere Stütze darin, daß es durch allmähliche Einverleibung immer größerer Dosen von derartig krankem Pankreas gelingt, Tiere gegen dasselbe immun zu machen. Sie sind damit nicht gegen Pankreassubstanz als solche, sondern gegen einen in demselben enthaltenen giftigen Körper immunisiert; denn auch die Unterbindung und Durchtrennung des Pankreas, welche denselben giftigen Körper produziert, ist für solche Tiere unschädlich.

5. Die absolute Ähnlichkeit in den Symptomen der künstlich erzeugten Erkrankung der Hunde mit der menschlichen Pankreatitis läßt wohl schließen, daß es auch bei dieser eine Giftwirkung ist, welche die schweren klinischen Symptome bezw. den Tod der Patienten veranlaßt. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 79, Heft 4.)

*

Die Behandlung der arteriosklerotischen Atrophie des Großhirns. Von A. Cramer.

Die Prodrome der arteriosklerotischen Atrophie des Großhirns bestehen in Kopfschmerzen, Schwindel und zunehmender Gedächtnisschwäche. Weiter in Veränderung der psychischen Individualität, die je nach der persönlichen Eigenart des einzelnen Falles in depressiven oder exaltativen, vorübergehenden oder dauernden Stimmungsschwankungen oder in einer zunehmenden Stumpfheit zum Ausdruck kommt und je nach der Art der Ausbreitung und Lokalisation der Arteriosklerose im Gehirne mit monoplegischen, hemiplegischen oder aphasischen Erscheinungen verbunden ist.

Weiters finden sich bei der äußeren Untersuchung der Arterien nicht selten, aber durchaus nicht immer die fühlbaren Zeichen der Arteriosklerose an den Radiales, Temporales und Brachiales. Das Herz weist nicht selten eine Vergrößerung nach links auf, der Puls ist gespannt, im Urin findet sich häufig Eiweiß. Häufig machen die Patienten mit Beginn ihrer Erkrankung äußerlich einen sehr gesunden, robusten, widerstandsfähigen Eindruck, oft sind sie sehr gut genährt, gelegentlich findet man auch eine vergrößerte Leber.

Unter den Ständen und Berufsarten, die am meisten betroffen werden, stehen Gastwirte, Schauspieler, Offiziere, Bankiers, Parlamentarier, Mitglieder von Aufsichtsräten obenan. Es scheinen aber auch solche Individuen leicht befallen zu werden, welche häufig unter dem Einfluß von starken Affekten, von Kummer und Sorgen gestanden haben, auch übertriebener Sport scheint ätiologisch in Betracht zu kommen.

C. bespricht im weiteren Verlaufe seiner Ausführungen, wie schwierig es ist, über die Ursachen der Arteriosklerose ins klare zu kommen. Wenn wir alle die Schädlichkeiten, welche auch nach Angabe ernster Autoren Arteriosklerose hervorrufen, vermeiden wollten, würden wir uns überhaupt nicht mehr regen können.

Das, was wir vermeiden können, ist die Syphilis, der übermäßige Genuß von Alkohol, die zu starke Huldigung der Tafelfreuden und die übertriebene sportliche Betätigung. In den Fällen, wo sich auch nur die leisesten prämonitorischen Symptome zeigen, ist mit aller Energie auf eine sofortige



Änderung der Lebensweise zu drängen. Je eher mit der Therapie eingegriffen wird, um so mehr verspricht, wie bei jeder anderen Krankheit, auch hier die Behandlung Erfolg. Die erste Bedingung ist, daß wir das Organ, welches erkrankt ist, das Gehirn, wie jedes andere erkrankte Organ, ruhig stellen. Dies können wir nur erreichen durch Entfernung des Patienten aus seinem Berufe mit allen seinen Aufregungen und oft auch aus der Familie, welche häufig nicht minder erregende Momente in Menge für den Kranken birgt.

Gelingt es uns, eine Ruhigstellung des Gehirns für längere Zeit, darauf legt C. besonderes Gewicht, zu erzielen, so haben wir die Aussicht, eine weitgehende Besserung zu erreichen, ja die Krankheit zum Stillstande zu bringen und fast eine Restitutio ad integrum herbeizuführen, wenn wir die Patienten möglichst früh in Behandlung bekommen.

In den weiteren therapeutischen Maßnahmen soll man darauf Bedacht nehmen, nach Möglichkeit eine schädliche Überanstrengung des Zirkulationsapparates zu verhindern. Dazu gehört in erster Linie das Verbot des Genusses alkoholischer Getränke. Als Ersatz empfiehlt C. die alkoholfreien Getränke und die Mineraltafelwässer.

Mindestens ebenso wichtig wie die Überwachung der Getränke, welche der Patient zu sich nimmt, ist die Regelung der Ernährung und strenge Überwachung der Diät.

Ähnlich genau müssen wir auch die Bewegungsleistungen, welche der Patient unternimmt, achten. Auch gegen die anstrengenden und eingreifenden hydrotherapeutischen Prozeduren, die die Patienten, um den „nervösen Zustand“ zu bekämpfen, vornehmen, ist einzuschreiten. Erwünscht ist dagegen ein möglichst ausgedehnter Aufenthalt in frischer Luft, der in leichteren Fällen mit genau dosierten Spaziergängen zu ebener Erde verbunden werden kann. Warnen müssen wir die Patienten vor jeder forcierten Körperbewegung, z. B. raschem Steigen von Treppen, raschem Laufen auf der Bahn, lautem anhaltenden Sprechen, Kohabitationen u. dgl.

Besonders wichtig ist in allen Fällen die Überwachung der Darmtätigkeit. In den Fällen, wo eine chronische Stuhlverstopfung besteht, tut man gut, zunächst Öleinläufe nach Ebstein zu versuchen. In den meisten Fällen, und namentlich da, wo eine gewisse Plethora, verbunden mit Fettleibigkeit, vorhanden ist und Vergrößerung der Leber besteht, ist eine Kur mit Karlsbader Mühlbrunnen fast immer von ausgezeichnetem Erfolge.

Auch milde Abführmittel, wie Rheum, Tamarindenkonserven, Regulin, Cascara sagrada usw. sind oft von Vorteil. Sehr zu empfehlen ist, wenn die äußeren Verhältnisse es erlauben und der Fall nicht zu weit fortgeschritten ist, eine Kur in Karlsbad selbst.

Handelt es sich um Fälle, wo bereits ein leichter Insult dagewesen ist oder gar bereits monoplegische oder hemiplegische oder aphasische Störungen oder andere Erscheinungen eines Hirnherdes sich geltend machen, so ist es wesentlich, daß wir für längere Zeit für möglichste Ruhe, und namentlich für Vermeidung stärkerer Blutdruckschwankungen sorgen. Wir legen also den Kranken zu Bett und lassen ihn so lange liegen, bis wir eine gewisse Konsolidierung des akuten zerebralen Prozesses, der zur Blutung geführt hat, erwarten können. Alsdann fangen wir schrittweise und vorsichtig an, den Kranken wieder an Bewegung zu gewöhnen.

In jedem Falle ist besonders wichtig, sei er leichter oder schwer, sei er frischer oder älter, daß wir sofort mit der medikamentösen Therapie beginnen. Diese besteht in der Darreichung von Jodpräparaten. In den allermeisten Fällen kommt man mit Jodkalium oder Jodnatrium, das in einfacher Lösung gegeben wird, aus. C. fängt mit $^1/_4$ *g* an und steigt, wenn es gut vertragen wird, rasch auf zwei, auch drei, ja sogar vier Gramm pro die. Im allgemeinen kommt es darauf an, die Joddarreichung nicht zu sehr zu forcieren. Denn eine Kur kann nur Erfolg haben, wenn sie möglichst lange fortgesetzt wird, mit ein paar Wochen ist hier nichts getan; das Wichtigste ist, daß Jod jahrelang, wenn auch mit kurzen 8—14tägigen Pausen, die alle sechs Wochen eingeschaltet werden, gegeben werden kann. Daß bei einer so lange dauernden Medikation der Patient genau überwacht werden muß, liegt auf der Hand. Besonders beachtet werden müssen Herz, Magen und Nieren. Denn viele Patienten zeigen zwar nach Jodkaliumdarreichung häufig eine ausgesprochene Besserung ihrer arteriosklerotischen Herzbeschwerden, doch gibt es Fälle, welche nach längerer Joddarreichung mit einer mehr oder minder starken Pulsbeschleunigung reagieren. Darauf ist zu achten. Eventueller Jodschnupfen kann nicht besonders ins Gewicht fallen, weil viele Patienten bei vorsichtigem Vorgehen noch an das Jod gewöhnt werden können. Schwieriger liegen die Verhältnisse, wenn der Magen versagt oder die Nieren Schwierigkeiten machen. Das heißt für den ersten Fall, wenn der Appetit abnimmt, für den letzteren Fall, wenn das Eiweiß zunimmt. In solchen Fällen müssen wir sofort mit der Jodmedikation aufhören. Die Jodlösung soll nie pur, sondern immer mit etwas Milch und am besten nach der Mahlzeit genommen werden.

Als andere Jodpräparate kommen in Betracht Sajodin und Jodipin. Auch das Jothion scheint sich in Fällen zu bewähren, wo man mit der innerlichen Darreichung kein Glück hat und zur perkutanen greifen muß.

In den Fällen, wo im Anschluß an einen Insult oder im Anschluß an einen posthemiplegischen epileptoiden Zustand stärkere Verwirrungs- und Desorientiertheitszustände mit einer gewissen Unruhe sich kombinieren, tut man gut, das Jodpräparat mit einem Brompräparat zu kombinieren, am besten zu gleichen Teilen. Ist Beruhigung eingetreten, läßt man am besten den Bromanteil wieder weg.

Bei dieser Therapie kann man zwar überall da, wo Herde Substanz des Gehirns zerstört haben, eine Restitutio ad integrum nicht erzielen, aber ebenso sicher ist, daß in den Fällen, wo wir die Behandlung gleich im Anfange der Krankheit beginnen können, Besserungen erzielen, die einer Heilung gleichkommen. (Deutsche Medizinische Wochenschr. Nr. 47, 1907.

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 10. Jänner 1908.

Alfred Exner stellt eine 45jährige Frau vor, bei der sich ein Hautkarzinom auf der Basis einer Verbrennungsnarbe gebildet hat. Ferner demonstriert er eine Reihe von Moulagen von Hautkarzinomen, deren Entstehung auf pathologisch veränderter Haut gemeinsam ist.

Artur Horner zeigt Präparate eines Falles von Lymphosarkom mit Kompression und Stenosierung der Vena cava superior vor. Das Lymphosarkom lag im vorderen Mediastinum gegen die beiden Lungenhilus und auch gegen das hintere Mediastinum ausstrahlend. Einscheidung der Vena cava superior durch das derbe Tumorinfiltrat und Stenosierung derselben.

Gottwald Schwarz hatte einige Monate vorher diesen Fall mit Röntgenstrahlen behandelt und war die Schnelligkeit, mit der die Rückbildung des Mediastinaltumors einsetzte, besonders bemerkenswert. Schon nach 48 Stunden war der Tumor konzentrisch um $2^1/_2$ *cm* verkleinert, die Stenose der Luftwege und der Blutwege beseitigt, die Anschwellung des Halses, die durch überfüllte und mächtig gedehnte Jugularvenen erklärt werden kann, demgemäß verschwunden. Im weiteren Verlaufe schrumpfte der Mediastinaltumor bis auf 8 *cm* Breite (von 17 *cm*) und gab bei der Durchleuchtung ein von der normalen Mittelschattenkonfiguration nur wenig abweichendes Bild. Dann aber begann er wieder zu wachsen, was ihn veranlaßte, in der Technik der Bestrahlung eine Veränderung vorzunehmen. Unter dieser Behandlung blieb der Tumor die letzten zwei Monate stationär auf einer Breite von 10 *cm*. Die bedrohlichen Erscheinungen der Dyspnoe und die Stauung blieben dauernd beseitigt und der Patient führte ein recht erträgliches, beschwerdefreies Dasein, bis eine Zahn-



extraktion, bei der der Kiefer verletzt wurde und der sich an dieselbe schließende fieberhafte Infektionsprozeß eine Wendung zum Schlimmen brachte.

Ottokar Chiari erwähnt, daß Lymphosarkome die Eigentümlichkeit haben, spontan oder aber besonders nach Fieber, Erysipel oder nach Ätzungen oder Operationen an den Geschwülsten oder in ihrer Nähe gelegentlich zu verkleinern oder nahezu zu verschwinden, daß also nicht Röntgenstrahlen allein Rückbildung veranlassen können.

Salomon Ehrmann stellt einen Patienten vor, der an einer Erythrodermie leidet und nach nahezu neunmonatlicher Krankheitsdauer folgenden Befund zeigt: Nahezu kontinuierliche, diffuse und gleichmäßige Rötung der gesamten Körperhaut, die nur an Palmae, Plantae und Extremitätenenden schwächer ist, am Genitale ganz fehlt. Farbenton dunkelrot, auf den unteren Extremitäten mit einem Stich ins bläulich-livide. Schon bei der Inspektion, noch deutlicher bei der Palpation erscheint die Haut wie ödematös, leicht geschwellt, weich infiltriert. Sie ist auf Brust und Rücken gespannt, ist hier infolgedessen ohne die normale Felderung, glatt, matt glänzend. Um die Innenfläche der Oberschenkel dagegen, die Axillargegenden und in den Kubitis, ist sie in großen, plumpen, wulstigen Falten herumgelegt, das gröbere Mosaik ist hier exzessiv markiert, so daß die großen Felder an Krokodilhaut erinnern; das gleiche am Nacken, wo die Hautbeschaffenheit der eines Lymphskrotums sehr ähnlich ist. Tastbare Drüsen in inquine, Axilla und Kubita, ebenso in der Supraklavikulargrube, Kopf und Schambein zum größten Teile ausgefallen. Der interne Befund zeigt nichts abnormes. Injektion von Alttuberkulin von 0·01, Calmettesche und Pirquetsche Reaktion fielen negativ aus. Dagegen ist der Blutbefund bemerkenswert. Ende Oktober: Rote Blutkörperchen 3,900.000; weiße Blutkörperchen 21.000; Fleischl 85. Polynukleäre neutrophile Leukozyten 72%; eosinophile 9%; basophile 3%; mononukleäre eosinophile 16%. Ende Dezember: Rote Blutkörperchen 2,800.000; weiße Blutkörperchen 20.450; polynukleäre neutrophile Leukozyten 55%; eosinophile 32%; Lymphozyten 11%; große mononukleäre Leukozyten 1·7%. Die Pathologie der Erythrodermien ist noch lange nicht geklärt. Sie hängt zusammen mit der Frage, wie sich die echte Leukämie zu den verschiedenen Formen der unechten Leukämien der Pseudoleukämien verhält. Eine Gruppe derselben hängt zweifellos mit der Tuberkulose zusammen. Es ist das der von Hebra aufgestellte Typus der Pityriasis rubra. Eine zweite Reihe sind diffuse und zirkumskripte Rötungen und Schuppungen der Haut, mit diffuser und umschriebener Infiltration der Haut mit Leukozyten, zugleich aber das klinische Blutbild der echten Leukämie und schließlich kommen in ein System schwer unterzubringende Formen teils Pseudoleukämie, teils solche, bei denen wohl eine Leukozytose, aber keine Leukämie gefunden wird, wie in unserem Falle, der aber durch die verhältnismäßig große Anzahl von eosinophilen Zellen sich von dem Durchschnitte dieser Fälle unterscheidet. Bei dem vorgestellten Falle ist wahrscheinlich eine Mycosis fungoides anzunehmen.

Eduard Lang hat auf die vom Vortragenden demonstrierte Krankheitsform schon vor vielen Jahren aufmerksam gemacht, sie als eigenen Morbus aufgefaßt und mit dem Namen „Dermatitis exfoliativa" belegt. Die Franzosen nennen sie „Erythrodermie". In ihren Anfängen imponiert sie als Ekzem, in späteren Stadien kann sie auch — je nach dem vorherrschenden Symptom der Schuppenblätter — für Psoriasis oder Pemphigus foliaceus gehalten werden. Er glaubt nicht, daß in dem vorgestellten Falle ein Vorstadium der Mycosis fungoides zu erblicken sei.

Markus Hajek stellt einen Mann mit einem typischen Pulsionsdivertikel des Ösophagus vor. Der Sondierungsbefund was folgender: Es gelang mittels dicker Ösophagusbougien nur 20 *cm* weit von der oberen Zahnreihe an vorzudringen und nur mittels sehr dünner Bougien konnte man in den Magen gelangen. Zuweilen gelang es indes, auch sehr dicke Bougien durch den Ösophagus zu bringen (typischer für Befund: Ösophagusdivertikel). Auch die ösophagoskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Auch radioskopisch wurde die Diagnose bestätigt. Zwecks Operation wurde der Patient an Prof. Schnitzler gewiesen.

Julius Schnitzler spricht ausführlich über die vorgenommene Operation und bezeichnet als Normalverfahren, bei der Operation des Ösophagusdivertikels sei exakte Ösophagusnaht, partielle Hautnaht, aber nicht das Verfahren der vollständigen primären Wundnaht zu betrachten, da letzteres Verfahren eine Abkürzung des Heilungsverlaufes um vielleicht zwei bis drei Wochen nur um den Preis der Lebensgefahr erzielen kann.

Isak Robinsohn hat in diesem Falle eine kleine Modifikation der Technik der röntgenologischen Untersuchung des Ösophagusdivertikels ausgeführt, indem er von der Erfahrung ausgehend, daß feste Bissen in einem Divertikel leichter stecken bleiben als flüssige, als Objekt zum Schlucken eine Wismutgelatinekapsel von etwa $1^1/_2$ *cm* Durchmesser wählte. Die Kapsel schlüpfte sofort in das Divertikel hinein, es fast vollständig ausfüllend. Die Weite der Kommunikationsöffnung betrug mindestens 1·5 *cm*, was auch bei der Operation bestätigt wurde. Die darnach verabreichten flüssigen und breiigen Ingesten flossen dann am ausgefüllten Divertikel vorbei und er konnte konstatieren, daß das Divertikel links vom Ösophagusrohr saß. Robinsohn schlägt nun, um in manchen Fällen die ösophagoskopische Aufsuchung der Ösophagusmündung zu erleichtern, folgende Modifikation vor: Man löte mittels Gelatine einen Faden an die Gelatinekapsel und lasse diese schlucken. Es wird dann die Dicke der größten eingedrungenen Kapsel die Weite der Kommunikationsöffnung angeben, das Volumen der eventuell nacheinander geschluckten Kapseln eine ungefähre Vorstellung von der Kapazität des Divertikels geben, der Faden selbst die Entfernung des Divertikels von der Zahnreihe markieren und zugleich ein Wegweiser sein für die ösophagoskopische Aufsuchung des Divertikels und seiner Mündung.

Martin Haudek stellt einen Fall von primärer Aktinomykose der Lunge vor. Die Pat., eine 37jährige Köchin, war mit der Diagnose „Lungenphthise" aufgenommen worden. Für diese Diagnose sprachen sowohl Anamnese als auch der objektive Befund. An der rechten Thoraxwand bestand eine mäßige Schwellung und dementsprechend intensive Dämpfung. Weiters bestanden Zeichen einer Aortenkompression. Das Röntgenbild zeigte eine Verdichtung des rechten Oberlappens und der angrenzenden Partien des Unter- und Mittellappens und ermöglichte Aneurysma mit Sicherheit auszuschließen. In dem ziemlich reichlich expektorierten blutig-eiterigen Sputum fand man weder Kochsche Bazillen, noch Tumorzellen, noch Aktinomyzeskörner. Im weiteren Verlaufe der Krankheit war Pat. stets fieberfrei, ein Umstand, der wie die Gefäßkompression und der negative Bazillenbefund gegen Tuberkulose sprach. Im Verlaufe von etwa sechs Wochen nahm die Schwellung der rechten vorderen Thoraxwand konstant zu; der Tumor war bretthart, elastisch und sehr druckempfindlich, aber auch spontan schmerzhaft; später rötete sich die flache Kuppe des Tumors im fünften Interkostalraum und hierauf kam es daselbst zur Erweichung und zur Bildung eines wallnußgroßen, fluktuierenden Abszesses, der bei der Inzision eine geringe Menge blutigen dicken Eiters, der Aktinomyzeskörnchen enthielt, entleerte; gleichzeitig konnten auch im Sputum die charakteristischen Pilzdrüsen nachgewiesen werden. Die Pat. soll der chirurgischen Behandlung zugeführt werden.

Anton v. Eiselsberg wäre vorerst für eine Behandlung mit Ozon.

Ludwig Hofbauer macht auf eine interessante Erscheinung von seiten der Zwerchfellsbeweglichkeit bei diesem Falle aufmerkam. Während sonst bei Anwesenheit schattengebender Massen in einem Brustraume sich immer eine Verringerung der Zwerchfellexkursionen auf der befallenen Seite befindet (wie dies Redner wiederholt nachweisen konnte), ist in dem demonstrierten Falle eine Einschränkung der Zwerch-



fellexkursionen auf der befallenen Seite nicht nachweisbar. Diese auffallende Erscheinung wird dadurch zu erklären sein, daß es sich hier nicht um eine Infiltration allein, sondern um die Etablierung eines schrumpfenden Prozesses in der Lunge handelt. Es kommt dadurch nicht zu einer Herabsetzung der vitalen Reaktionskraft der Lunge, so daß trotz Einlagerung einer Dämpfung verursachenden, bei radiologischer Untersuchung schattengebenden Masse, die Zwerchfellbewegung auf der erkrankten Seite im vollen Ausmaß erhalten bleibt.

Hans Albrecht spricht über angeborene Disposition für Appendizitis und demonstriert eine große Anzahl von Präparaten, welche von Kindern aus den ersten Lebensjahren stammen und angeborene Verwachsungen sowie membranöse Fixationen des Wurmfortsatzes zeigen, ohne daß am Appendix oder an den Membranen selbst Zeichen einer frischeren oder abgelaufenen Entzündung nachweisbar sind.

Julius Tandler bestätigt die Ansicht Albrechts, daß alle hier demonstrierten Objekte Charaktere physiologischer Verlötung zeigen. Bei der großen Lageverschiedenheit des Wurmfortsatzes empfiehlt es sich, eine Reihe von Typen zu unterscheiden, z. B. eine Kaudalposition, eine Medialposition, eine Lateralposition und eine dorsokraniale Position der Appendix. Die relative Seltenheit der Appendizitis beim Kinde führt Tandler darauf zurück, daß die trichterförmig in das Zökum übergehende Appendix wohl im allgemeinen gefüllt ist (mit Mekonium), jedoch entleert er seinen Inhalt regelmäßig und funktioniert dementsprechend unter physiologischen Umständen vermöge seiner relativ starken Muskulatur wie irgend ein anderes Darmstück. Auch wäre noch zu bedenken, ob nicht durch den Mangel adenoiden Gewebes die Vulnerabilität des Wurmfortsatzes eine geringere sei.

Hochenegg meint, daß wohl in einer Reihe von Fällen die Fixation, wie wir sie an den Präparaten Albrechts kennen gelernt haben, mit der Zeit verschwinden durch Dehnung des Zökums rasch die feinen zarten Adhäsionen wohl, wodurch allmählich die Appendix frei werden kann. Für die Seltenheit der Appendizitis im Kindesalter komme vielleicht auch der Umstand in Betracht, daß die Appendix ein trichterförmig sich erweiterndes Orificium coecale zeigt, durch welchen Umstand wohl das Zustandekommen einer Retention in der Appendix verhindert wird.

Alexander Fraenkel meint, daß in der Mehrzahl der Fälle der appendizitische Anfall ein Schlußergebnis darstellt, das nach mannigfachen vorbereitenden Momenten, unter denen die uns hier demonstrierte anatomische Disposition eine besondere Rolle zu spielen scheine, einstelle, etwa als Schlußeffekt im Laufe der Jahre sich summierender Noxen. Daher die Seltenheit des appendizitischen Anfalles in der allerfrühesten Kindheit. Er braucht eben Zeit zu seiner Entwicklung und bedarf der Summation der Reize, zu denen schließlich als auslösendes Moment im Verlaufe der Zeit noch die Infektion hinzukommt.

Theodor Escherich hat gefunden, daß die von Albrecht demonstrierten Knickungen und Einschließungen des Wurmfortsatzes in Peritonealtaschen schon in den ersten Lebensjahren verschwinden. Als Ursache hat man vor allem an mechanische Einflüsse zu denken, welche mit dem Eintritte der aufrechten Körperhaltung, insbesondere aber durch die beim Gehen, Springen, Laufen einwirkende Erschütterung von seiten der mit Kot belasteten Därme auf das Peritoneum ausgeübt wird. Es scheint, als ob die im frühen Kindesalter vorliegenden Lagerungsverhältnisse einen Schutz für die Blinddarmentzündung darstellen, während die unter dem Einflusse der Körperbewegung eintretende Mobilisierung des Wurmfortsatzes in der zweiten Kindheit oder andere darin begleitende Veränderungen die Neigung zu Blinddarmentzündungen erhöhen.

v. Friedländer betont, daß die Seltenheit der Appendizitis im Kindesalter nur für das erste Lebensquinquennium zutreffe. Der Ansicht Escherichs, daß die Fixationsverhältnisse der Appendix eine Art Schutzvorrichtung gegen ihre Erkrankung sind, könne er nicht beitreten. Die die Appendix überlagernden peritonealen Stränge dürften auch insoferne von Bedeutung sein, als sie bei Blähung oder bei vorübergehender Verlagerung des Zökums die Appendix strangulieren könne.

Hochenegg teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, bei dem bereits vor 17 Jahren die Diagnose eines Nierentumors gestellt worden war, daraufhin operiert wurde, wobei eine Pankreaszyste entdeckt wurde. Die Zyste wurde durch Drainrohre offen erhalten, wodurch der Zystensack bis zu Mannsfaustgröße schrumpfte. Drei Jahre nach der Zysteneröffnung wuchern gallertartige Massen aus dem Sacke vor, welche zeitweise mit dem Paquelin abgetragen werden, deren mikroskopische Untersuchung aber keinen eindeutigen Befund darbietet. Das war im Jahre 1897. Durch Infektion des Zystensackes kommt es im Jahre 1902 zur Eiterung, deshalb zweite Operation, die in der Exstirpation der ganzen Zyste, mitsamt der Niere besteht. Nach fünf Jahren werden Tumoren im Abdomen konstatiert, die allmählich durch ihre Größe und Konfluenz den Magen und den Darm komprimieren. Abermalige Operation. Es werden zwei große gallertartige Tumoren exstirpiert. Am fünften Tage Darmperforation und rapid tödlich verlaufende Perforation.

Albrecht fand bei der Obduktion im Abdomen zahlreiche Geschwülste von gallertartigem Charakter. Im Endstücke der Flexura sigm. fand sich ein etwa gut pflaumengroßer, zapfenartig in das Lumen vorspringender, polypöser Tumor, der aus demselben gallert-schleimigen Gewebe besteht wie die übrigen Geschwülste, die ganze Darmwand durchsetzt und zum Teile außen die Serosa durchbricht oder bedeckt. Es wäre daran zu denken, daß dieser Darmtumor für den ganzen Fall als Ausgangspunkt zu betrachten sei, doch spricht dagegen die Krankengeschichte, nämlich, daß bereits vor etwa 22 Jahren unzweifelhaft klinisch ein Tumor in der rechten Nierengegend konstatiert wurde, ferner daß Hochenegg bei seiner Operation unzweifelhaft einen zystischen Tumor vor der rechten Niere gelagert, vorfand. Möglich, daß der Darmtumor ein zweites selbständig und unabhängig von dem Tumor der rechten Nierengegend entstandenes Neoplasma ist, von dem die Metastasen im Abdomen ausgingen. Der von Hochenegg vor sieben Jahren exstirpierte Tumor der rechten Nierengegend weist den Charakter eines zystischen Tumores auf, mit papillären Exkreszenzen, zum Teile zeigt er mikroskopisch sehr reichliche Schleimbildung nach Art eines Ovarialkystoms oder Gallertkarzinoms. Es hat mit der Niere nichts zu tun, ist vielmehr von derselben allseits durch eine fibröse Kapsel abgetrennt. Histologisch hält er die gallertartigen Anteile derselben für Gallertkarzinom, von dem aus alle übrigen Tumoren als Metastasen entstanden sein können.

Paltauf hat im Jahre 1900 Wucherungen aus der Fistelöffnung zur Untersuchung erhalten, dieselben erwiesen sich als papilläre und drüsige Wucherungen, die aus einfachem, schleimproduzierendem Zylinderepithel bestanden, nicht unähnlich den Drüsenwucherungen in manchen Ovarialkystomen; er hielt sie für Wucherungen aus einer Zyste, wie solche, auch multilokuläre, selten in der Gegend des Pankreas vorkommen, ohne mit diesem in Beziehung zu stehen. Er konnte sich damals nicht entschließen, die Wucherungen für karzinomatös zu halten, ist aber überzeugt, daß der Gallertkrebs hier seinen Ausgang genommen hat. *i. m.*

IV. Literatur.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Mit besonderer Berücksichtigung der allgemeinen ärztlichen Praxis. — Herausgegeben von Sanitätsrat Dr. Max Graefe in Halle a. S. VII. Bd., Heft 6. Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten. Von W. Bockelmann. Halle a. S. Karl Marhold. 1907.

Der Verfasser bringt eine Aufzählung der pathologischen Zustände, bei denen er die Schwangerschaft unterbricht, wobei er in der fürchterlichen Angst, zu konnivent zu sein, eine



Anzahl von allgemein anerkannten Indikationen zu erwähnen vergißt.

Er gibt allerdings zu, daß „die inneren Mediziner in bezug auf die Einleitung des Abortus im allgemeinen leichter zu Konzessionen geneigt sind, als die Gynäkologen." Er erklärt diese Tatsache mit dem Hinweise darauf, daß der innere Mediziner im allgemeinen leichter geneigt ist, in dem Zustande der Gravidität etwas Pathologisches zu erblicken, als der an die Behandlung schwangerer Frauen mehr gewöhnte Gynäkologe. Dieser sieht, worauf schon v. Leyden aufmerksam gemacht hat, in seiner Pflegebefohlenen die Schwangere, die gleichzeitig erkrankt ist, jener eine Kranke, die gleichzeitig mit Schwangerschaft behaftet und dadurch noch kränker wird usw.

Ohne die Absicht zu haben, irgend jemandem nahezutreten, möchte Referent doch gerne, anknüpfend an das Referat über die kleine Studie des Kollegen Bockelmann, die Kollegen dazu angeregt haben, dieser wichtigen Frage ihre Aufmerksamkeit zu schenken, um eventuell im Rahmen einer Diskussion die Indikationen des Kollegen B. einer Revision zu unterziehen.

Vorträge über Säuglingspflege und Säuglingsernährung, gehalten in der Ausstellung für Säuglingspflege in Berlin im März 1906 von A. Baginsky, B. Bendix, J. Cassel, L. Langstein, H. Neumann, B. Salge, P. Seller, F. Siegert, J. Trumpf. Herausgegeben von dem Arbeitsausschuß der Ausstellung. Berlin. Verlag von Julius Springer. 1907.

Wie aus dem Titel ersichtlich, hat während der Ausstellung eine Reihe von populär gehaltenen Vorträgen von hervorragenden Berliner Kinderärzten stattgefunden, die der gezeichnete Ausschuß im vorliegenden Bande gesammelt herausgibt. Im Interesse einer rationellen Kinderpflege sind solche Schriften wärmstens zu begrüßen und ihre Propagation in Laienkreisen zu unterstützen. Selbst vielfach mißverstanden wirken solche von Fachmännern sorgfältig redigierte populär gehaltene Belehrungen günstiger für die Volksgesundheit und Aufkärung ein, als die Emanationen der Naturheilvereine und darum sind die aus dem Reiche kommenden Popularisationsbestrebungen der Mediziner tatkräftigst zu fördern.

Die Ernährung und Pflege des Kindes im ersten Lebensjahre. Von Dr. Fritz Müller, Kinderarzt und Hausarzt des Isabellen-Kinderhospitals in Linz. Leipzig und Wien. Alfred Hölder. 1908.

Dieses fürs Laienpublikum bestimmte Werkchen bringt in sehr flotter und anschaulicher Weise die heute geltenden Grundsätze der Säuglingspflege. Ohne etwas Wichtiges vernachlässigt zu sehen, findet hier die Mutter in knapper und durch ihre Bestimmtheit wohltuender Sprache, was sie braucht. Dabei ist das Buch durchaus kein medizinischer Hausschatz, der durch seine mehr minder gut verstandenen Ratschläge dem Publikum den Arzt ersetzen oder ersparen soll, sondern es soll nur Führer sein für die gesunden Tage und weist für die Tage der Krankheit direkt die Mütter an den Arzt.

Die Tuberkulose. Von Prof. Dr. G. Cornet, Berlin und Reichenhall. Zweite vollständig umgearbeitete und im Umfange verdoppelte Auflage. Mit 15 Illustrationen, 7 Karten und 5 Tafeln im Farbendruck. Wien 1907. B. Hölder.

Seit dem Erscheinen der ersten Auflage dieses berühmten Werkes sind zirka 13.000 Arbeiten über Tuberkulose erschienen.

Dem Verfasser ist es trotzdem geglückt, auf der damals erreichten Höhe zu bleiben und ein in jeder Beziehung erstklassiges Werk zu schaffen.

Es ist unmöglich, im Rahmen eines kurzen Referates eingehend dieses einzig dastehende Werk richtig zu würdigen, das vor den anderen Sammelreferaten voraus hat, daß sein Verfasser in vielen strittigen Fragen durch eigene Arbeiten in die Lage versetzt ist, seinen persönlichen wissenschaftlichen Standpunkt zur Geltung zu bringen, vor anderen Originalarbeiten den der universalen Beherrschung des aufs Unabsehbare aufgelaufenen Stoffes.

Nach wie vor bleibt Cornet die Grundlage der weiteren Tuberkuloseforschung und Literatur.

Nicht unerwähnt bleibe die gediegene und geschmackvolle Ausstattung der bewährten Verlagsbuchhandlung.

Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. Von Dr. Albert Döderlein, o. ö. Prof. der Geburtshilfe und Gynäkologie, Direktor der kgl. Univ.-Frauenklinik in Tübingen. 7. verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 151 Abbildungen. Leipzig. Verlag von J. Thieme. 1907.

Es kann jemand ein vorzüglicher Operateur und außerordentlich tüchtiger Vertreter seines Chefs in der Leitung seiner Klinik sein, ohne deshalb die geeignete Lehrbefähigung zu besitzen. Die Studenten, sowie viele Ärzte, die im Laufe der Praxis sich bemüßigt glauben, weisheitsuchend zu den Brüsten der alma mater zurückzukehren, sind auf die sog. Assistentenkurse angewiesen.

Vorliegendes Buch ist, wie der Umstand beweist, daß jedes zweite Jahr eine Neuauflage bringt, vorzüglich geeignet, diesem Bedürfnisse zu dienen. Die Sprache ist überall klar und präzise, die vielen künstlerisch ausgeführten Abbildungen außerordentlich instruktiv.

Es sind in dieser letzten Auflage die beckenerweiternden Operationen nicht aufgenommen, es fehlt aber auch die Beschreibung der Dammnaht.

Nicht unerwähnt bleibe die gediegene und geschmackvolle Ausstattung von seiten des bekannten Verlegers.

V. Aus der Praxis.

Erfahrungen über Visvit mit besonderer Berücksichtigung anderer künstlicher Nährpräparate. Von Dr. O. Wilke in Braunschweig. Die Heilkunde. Berlin, Juli 1907.

In einer Tabelle, die alle mir einigermaßen bekannten Nährpräparate enthält, nimmt Visvit bezüglich seines Kalorienwertes mit 421 auf 100 *g* Substanz die zweite Stelle ein. Es wird hierin nur übertroffen von den Somatosekakes mit 429 Kalorien, überkompensiert aber diesen minimalen Unterschied dadurch bedeutend, daß sein Eiweißgehalt achtmal größer als der der Somatosekakes ist. 65 weitere Präparate folgen in teilweise weitem Abstande.

Ein großer Vorzug, den Visvit vor den meisten Nährpräparaten hat, liegt darin, daß es wohlschmeckend ist, gern genommen wird und den Appetit anregt. Hierauf ist der Hauptwert zu legen. Es besteht gar kein Zweifel, daß viele an sich sehr rationelle Präparate in die Therapie keinen Eingang gefunden haben durch den Umstand, daß sie den Appetit verderben und damit eine wirkliche Kräftigung des Körpers nicht aufkommen lassen. Bei Visvit fällt dieser Übelstand vollständig fort. Visvit vereinigt alle die bekannten Vorzüge der hochwertigen Eiweißpräparate (es enthält 80% vegetabilisches und animales Eiweiß) mit einem ausgesprochenen Wohlgeschmack, der ihm eigen ist und nicht erst durch Zusatz eines Korrigens erreicht wird.

Bei Anämien (Rekonvaleszenz nach Influenza, akute Anämie durch Blutungen post partum) wurde innerhalb vier Wochen ein Ansteigen des Hb.-Gehaltes von 40 auf 60%, eine Gewichtszunahme von 4—5 Pfund erreicht. Bei Enteroptose und Atonie des Magens, welche die Funktion desselben schwer schädigte, wurde Visvit in reichlicher Menge, dreimal täglich je 2 Teelöffel in Milch, vorzüglich vertragen und trotz fast ausschließlich flüssiger Kost eine Gewichtszunahme von 52 auf 60 *kg* in sechs Wochen erzielt.

Bei einem Ulcus ventriculi mit typischen Symptomen, bei welchem ausschließlich flüssise Nahrung in kleinsten Portionen streng indiziert war, gelang es mit Hilfe von Visvit dem Körper die erforderliche Menge Eiweiß zuzuführen dadurch, daß jedem Viertelliter Milch 3 Teelöffel Visvit beigemischt wurden. Zehn Tage konnte ohne jedes Widerstreben diese Visvit-Milchkost durchgeführt werden.

Bei einem Typhus abdominalis, bei dem Ekel vor allen Speisen bestand, wurde während einer dreiwöchigen Krankheitsperiode Visvit vortrefflich vertragen. Der Kranke zeigte

trotz des langen Fieberzustandes keine sichtliche Abmagerung und brauchte das Visvit, an das er sich gewöhnt hatte, während der ganzen Rekonvaleszenz fort.

Die Behandlung des Alkoholismus. Auf der zu Darmstadt abgehaltenen Sitzung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen berichtete Dr. Waldschmidt, Charlottenburg, über „Die Behandlung der Alkoholisten“. Er führte aus, daß Trunksüchtige als Kranke und zwar als psychisch Kranke aufzufassen und zu behandeln seien; daß nicht alle Alkoholkranken trunksüchtig seien — dafür führte er mehrere Beispiele an. Es wurde die logische Forderung gestellt, für diese Kranken besondere, unter ärztlicher, speziell psychiatrischer Leitung stehende Anstalten zu schaffen. Diese Spezialanstalten sollen sowohl als offene Heilstätten wie auch als geschlossene Anstalten eingerichtet werden, um einmal die Möglichkeit freien Eintrittes, sodann aber auch die Möglichkeit zwangsweiser Zurückhaltung zu gewähren. Dringend erforderlich ist es, ein Trinkerfürsorgegesetz ins Leben zu rufen, um die Alkoholkranken ebenso wie Geisteskranke auf Grund eines Gesetzes in den Spezialanstalten unterbringen zu können, ohne die Entmündigung vorher beantragen und durchführen zu müssen. Zum Antrage der Entmündigung soll unbedingt dem Staatsanwalt das Recht eingeräumt werden.

Die Ausführungen des Vortragenden riefen eine lebhafte Debatte hervor, welche eine einstimmig angenommene Resolution zur Folge hatte, in der alle wesentlichen Wünsche des Referenten zum Ausdruck gelangten. Es wurde eine Kommission eingesetzt, die die Errichtung einer staatlichen Spezialanstalt für Alkoholiker in Hessen zum Gegenstande der Beratung haben soll.

Tuberkulin. (Pharmazeutische Post.)

Allergieprobe nach Dr. v. Pirquet. (25% Alttuberkulin in Lymphröhrchen.) Die diagnostische Impfung (Allergieprobe) wird in folgender Weise ausgeführt: Beide Enden des Röhrchens werden durch Drehen desselben unter leichtem Drucke abgebrochen. Auf den vorher mit Äther gewaschenen Unterarm des Patienten werden zwei Tropfen Tuberkulin in einer Distanz von zirka 6 *cm* aufgetragen. hierauf mit einer meißelförmig zulaufenden Impflanzette („Impfbohrer“) zuerst in der Mitte zwischen den beiden Tropfen, dann innerhalb jedes Tropfens eine bohrende Skarifikation ausgeführt. Will man das Röhrchen für mehrere Impfungen benützen, so läßt man keine großen Tropfen abfließen, sondern betupft den gereinigten Arm mit der Spitze des Röhrchens. In dieser Weise genügt der Inhalt des Röhrchens für fünf Impfungen. Auch zur Bereitung der Lösungen zur subkutanen Tuberkulinbehandlung sind die Lymphröhrchen zu verwenden, und zwar folgendermaßen: In einer Medizinflasche kommen 250 *g* Wasser und 1·5 *g* Kochsalz (physiologische Kochsalzlösung). Wattebausch als Stöpsel. Kochen im Wasserbade. Abkühlen. Lymphröhrchen mit Äther abwischen, Spitzen mit reinen Fingern abbrechen, 2 Tropfen (0·1 *g*) in die Flasche abfließen lassen. Wattebausch absengen und wieder aufsetzen. Eine in dieser Weise steril hergestellte Lösung ist lange Zeit haltbar. Sie enthält 1 cm^3 (Pravazspritze) 0·1 *mg* Alttuberkulin. In analoger Weise können Verdünnungen hergestellt werden, welche in 1 cm^3 0·5 und 1·0 *mg* enthalten. Zu diesem Zwecke werden von der physiologischen Kochsalzlösung 125 bezw. 25 *g* in kleine Fläschchen abgegossen; nach dem Kochen und Abkühlen zwei Tropfen Tuberkulinlösung zugesetzt.

VI. Notizen.

Wiener Ärztekammer. Donnerstag, am 2. d. M. fand eine Plenarversammlung der Wiener Ärztekammer statt. In dieser Versammlung wurde eine Zuschrift des Magistrates verlesen, die Ärztekammer möge darauf hinwirken, daß die Gutachten des Stadtphysikates über den Gesundheitszustand von städtischen Angestellten mit den bezüglichen Gutachten der praktischen Ärzte übereinstimmen; ferner eine Zuschrift der Statthalterei hinsichtlich der

Ausstellung von Verwendungszeugnissen für Hilfsärzte. Für die Hilfsärzte erscheint der Kammer die ausschließlich ämtliche Ausfertigung ordentlicher Zeugnisse durch die Direktion wegen der daraus sich ergebenden Gleichmäßigkeit des Vorganges für wünschenswert; dieselben wären nach den von den Abteilungsvorständen geführten Qualifikationslisten abzufassen und hat die Direktion jedem Arzte beim Verlassen des Spitales ein solches Dienstzeugnis über Wunsch auszufertigen. Die Beschlüsse des XII. österr. Ärztekammertages wurden ratifiziert; der auf die Anträge zur Reform des Strafgesetzes bezügliche Beschluß wurde mit der Einschränkung ratifiziert, daß die Vorschläge hinsichtlich der §§ 356, 357 und 358 St.-G. noch einer Beratung vorbehalten werden. Es fand ferner die Wahl des Delegierten für den Beirat der Krankenanstalten, die Wahlen der Mitglieder des Standesfragen-, des Krankenkassen- und des Ambulatoriumskomitees und der Prüfungskommission der Kammerwahlen statt. Schließlich wurde das Präliminare für das Jahr 1908 genehmigt.

Die Sterblichkeit in England ist um etwa vier auf tausend Lebende kleiner, als die in Deutschland. In einem Aufsatze „Alkohol und Lebensdauer“ (Medizinische Klinik, Jahrg. 1907, Nr. 34) wirft San.-Rat Dr. Stille in Stade die Frage auf, ob diese geringe Sterblichkeit nicht neben den verbesserten hygienischen Einrichtungen Englands, denen sie gewöhnlich zugeschrieben wird, wenigstens zum Teile dem Umstande zu verdanken ist, daß in England Millionen von Abstinenten leben, deren durch die Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften erwiesene längere Lebensdauer die englische Statistik günstig beeinflußt.

Veränderungen der Haare durch Röntgenlicht. Die Röntgenstrahlen, die bei Gesunden gefährliche Hautentzündungen hervorrufen, bei Hautkranken aber eine Heilung ausüben, wirken auch verändernd auf das Haar, und zwar so, daß die Haare sich entweder keilförmig zuspitzen oder sich an ihrer Wurzel unnatürlich verlängern. Das Röntgenlicht wirkt also jedenfalls auf eine krankhafte Veränderung der Haarmittel hin. Dr. Bogrow berichtet jetzt in der Zeitschrift für Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen über solche Versuche mit Röntgenlicht. Die Untersuchung ergab, daß diesen Haaren die Zwiebel und auch die Scheidehäute fehlten. Wurden sie einer Belichtung ausgesetzt, so zeigte sich eine Abnahme der Dicke, eine Veränderung der Färbung und der Wurzel des Haares. Die Länge der beeinflußten Haarwurzel hängt stets von der Stärke der Bestrahlung ab. Die Erfahrung lehrte, daß die Wurzeln um so länger wurden, je weniger sie der Bestrahlung ausgesetzt waren. Unter dem Einflusse des Röntgenlichtes machte sich auch ein Ausfall der Haare bemerkbar. Die X-Strahlen verhinderten Trichorrhexis nodosa, die sich sonst bei trockenem Haar häufig findet. Bei einem an Kopfgrind erkrankten Manne konnte Plant nach mehrmonatlicher Röntgenbehandlung ein viel stärkeres Wuchern des Achorion Schönleinii — des Kopfgrindpilzes — wahrnehmen, so daß also von dieser Seite eine Abhilfe gegen das lästige Leiden nicht zu erwarten ist.

Ein merkwürdiger Schadenersatzprozeß spielte sich, wie man der „Bresl. Morgenztg.“ aus Paris schreibt, vor dem Zivilgerichte ab. Vor einiger Zeit war eine im sechsten Monate schwangere Frau Wilquet von dem Automobil eines aristokratischen Klubmannes überfahren worden. Die Verletzungen der Überfahrenen waren zum Glück unbedeutend, eine Frühgeburt konnte durch die Bemühungen der Ärzte verhütet werden, aber, als nach drei Monaten die Entbindung normal erfolgt war, hatte Frau Wilquet nicht die nötige Milch, um den Säugling zu ernähren. Sie machte nun für dieses Manko den — Automobilbesitzer verantwortlich. Sie habe nämlich für ihre ersten beiden Kinder einen wahren Überfluß an Milch gehabt, also könne das plötzliche Ausbleiben dieser Flüssigkeit bei der dritten Geburt nur auf den Automobilunfall zurückgeführt werden. Sie habe den Kleinen mit der Flasche aufziehen müssen. Nach einer Statistik des Dr. Fournier brauchte aber der Säugling bis zur Entwöhnung 550 Liter Milch. So viele Liter künstliche Säuglingsmilch kosten in Paris 500 Francs, außerdem beanspruche sie 750 Francs für die besondere Sorgfalt, die sie dem Säugling während der künstlichen Ernährung habe angedeihen lassen müssen. In der Tat verurteilte das Gericht den Automobilbesitzer zu den Kosten und zu 1250 Francs Buße an die Mutter. Der elegante Herr wird es sich nicht haben träumen lassen, daß er noch einmal so viel Geld werde für — Milch ausgeben müssen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 5. Wien, 1. Februar 1903. **Nr. 5.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Wirkungen heißer und kalter Bäder und Duschen auf die Wärmeabgabe.

Von **Dr. P. Hoffmann**, Warmbrunn.

(Fortsetzung.)

Die Temperatur der wärmesteigernden Bäder liegt mit wenig Ausnahmen über 37° C. Der schnelle Effekt erklärt sich aus den örtlichen Erscheinungen an den der erhöhten Temperatur ausgesetzten Hautpartien. Wir beobachten nämlich Erschlaffung der Gewebe, Ausdehnung und stärkere Füllung der Hautkapillaren, erhöhtes Zuströmen der Säftemasse zur Peripherie, Beschleunigung der Pulsfrequenz, gesteigerte Resorption. Durch alle diese Faktoren wird die der Haut mitgeteilte Wärme in beschleunigter Weise dem Körperinnern zugeführt. v. Liebermeister fand in einem Bade, dessen Temperatur der der geschlossenen Achselhöhle gleich war, eine Zunahme der Achselhöhlentemperatur von 37·5 auf 38·8 innerhalb 55 Minuten. Mosler fand in Bädern von 40—44° C Temperatursteigerung in der Mundhöhle bis zu 38·6° C. Dabei wird infolge der vermehrten Blutanhäufung in der Haut eine Verminderung der Blutmenge in den inneren Organen erzeugt; deren Tätigkeit wird herabgesetzt und mit ihr die Produktion von Wärme. Der Erhöhung der Körpertemperatur während des warmen Bades folgt eine kompensatorische Erniedrigung dieser Temperatur nach dem Bade. Als selbstverständlich mag nur erwähnt werden, daß bei lokal wärmesteigernden Bädern in Form von Sitzbädern, Halbbädern, Fuß- und Handbädern die Einwirkung auf den Körper eine entsprechend geringere ist.

In hydrotherapeutischer Hinsicht kommen von den wärmesteigernden Bädern in Betracht:

1. Die Heißluftbäder, sie werden mit allmählicher Steigerung der Temperatur von 35—50, ja bisweilen von 65—90° angewandt, die bei lokaler Applikation bis 120° C höher gesteigert wird. Für den Praktiker bleibt es gleichbedeutend, ob die Erwärmung der Luft durch indirekte Dampfheizung oder elektrische Lichtwärme erzeugt wird, für ihn ist neben der Temperatur nur der Grad der Lufttrockenheit von Bedeutung.

2. Die Sandbäder, welche mit 35—50° C auf den ganzen Körper, bei örtlicher Anwendung bis auf 62° C gesteigert werden. Sie bewirken eine Steigerung der Körpertemperatur um 0·5—2·5° C.

Bei beiden Badeformen ist es von großer Wichtigkeit, daß sowohl der Körper bezw. der Körperteil in Ruhe sich befindet, sowie daß das heiß einwirkende Medium nicht bewegt wird, es sind sonst Schädigungen des Körpers unvermeidlich. Es ist ausgeschlossen, daß extrem hohe Temperaturen bei direkter Applikation von der Haut ohne Schaden vertragen werden. Man muß bei der lokalen Anwendung und viel mehr noch bei der allgemeinen Einwirkung hoher Wärmegrade darauf achten, daß die unmittelbar an der Haut anliegenden heißen Luftteilchen durch den niedriger temperierten Körper abgekühlt werden und daß diese abgekühlte Luftschicht wie ein Schutzmantel den Körper umgibt.

3. Die Dampfbäder können in zweifacher Hinsicht nicht mit extrem hohen Temperaturen angewandt werden, zunächst weil die mehr oder weniger wassergesättigte Luft der Haut als guter Wärmeleiter mehr Wärme zuführt als trockene Luft, sodann weil der Haut die Möglichkeit der Ausdünstung genommen wird. Man steigert die Temperatur höchstens auf 50—56° C. Bei Anwendung der gewöhnlich zur Verwendung kommenden Temperaturen von 40—42° C steigt die Körpertemperatur ein kurzer Zeit um 1—1½° C. Jürgensen beobachtete im Dampfbade von 56—60° in 34 Minuten eine Steigerung der Temperatur des Mastdarmes von 37·5° bis auf 40·7° C. Interessant ist dabei die Beobachtung, daß die Temperatur der Achselhöhle im Dampfbade gewöhnlich die des Mastdarmes übersteigt.

Bei den lokalen Anwendungen heißer Luft und Dampf findet von dem erhitzten Körperteil ein Wärmeabfluß zum Körper statt. Mit der steigenden Größe der Applikationsfläche steigt die Körpertemperatur. Es soll dabei nicht verschwiegen werden, daß nach Ansicht einzelner Autoren die Zunahme der Körpertemperatur nicht direkte Wärmezuführung, als vielmehr durch Steigerung der Wärme erzeugenden Stoffwechselvorgänge im Körper hervorgerufen werden soll.



4. Ähnlich wie beim Dampfbade sind die Verhältnisse in einem Wasserbade, dessen Temperatur gleich ist der des Körperinnern oder höher ist als diese. Der Unterschied zwischen gleich warmen Dampf- und Wasserbädern beruht darin, daß im Wasserbade eine Abkühlung des Körpers durch die Atmung der kühlen umgebenden Luft stattfinden kann, die im Dampfbade nicht möglich ist. Freilich wird diese geringe Abkühlung mehr als ausgeglichen durch eine im Vergleiche zu Luft- oder Dampfbädern bedeutend stärkere Wärmezufuhr von heißem Wasser aus. Im Wasserbade wird die Hitze schon unerträglich, wenn seine Temperatur die des Körpers nur um wenige Grade übersteigt. Wird die Wassertemperatur anhaltend gleich der geschlossenen Achselhöhle gehalten, so steigt in einer Stunde die Temperatur der Achselhöhle von 37·5 auf 38·8° C. Liebermeister berichtet über Versuche unter gleichen Verhältnissen an einem Manne von 80 *kg* Körpergewicht. Im ersten Versuch stieg bei 90 Minuten Badedauer die Achselhöhlentemperatur von 37·3 auf 39·2, im zweiten in 91 Minuten von 36·9 auf 38·8° C, bei einem dritten Versuch unter wenig veränderten Verhältnissen von 36·9 auf 38·6° C. Durch ein heißes von 38·6° C auf 40·2° C erhöhtes Bad wurde innerhalb 15 Minuten die Temperatur der Achselhöhle auf 39·0° C gesteigert.

5. Die Moor- und Schlammbäder unterscheiden sich von den Wasserbädern durch die mit der Zunahme der Konsistenz verringerte Wärmekapazität. Beide Badearten müssen mit ihren Temperaturen die Körperwärme erheblich übersteigen, wenn eine Erhöhung der letzteren beabsichtigt wird. Im halbstündigen Bade von 36—38° C fand bei mir eine Zunahme der Körpertemperatur von 1·5 statt, im Bade von 41° C um 2·2° C. Einigermaßen sichere Zahlenwerte, welche zum Vergleiche verschiedener Moorbäder verwertbar wären, lassen sich nicht angeben, weil die Beschaffenheit des zu Bädern verwandten Moores und Schlammes ebenso wie die dem Wasser zugesetzte Menge die größten Verschiedenheiten aufweist. Erwähnt werden mögen die Steigerungen der Körpertemperatur bei lokaler Anwendung vom Fango. 52° C warme Packungen eines Armes erzeugten 0·1—0·35° C, eines Beines 0·3—0·4° C, der oberen Körperhälfte 1° C, des ganzen Körpers 1·3—1·35° C Erhöhung der Achselhöhlentemperatur. (Schluß folgt.)

Österreichischer Irrenärztetag.

J. Am 4. Oktober 1907 trat der österreichische Irrenärztetag, der vom Vereine für Psychiatrie und Neurologie in Wien einberufen wurde, im Hörsaale des Professors Hans Horst Meyer zum erstenmal zusammen. Fast alle größeren österreichischen Irrenanstalten hatten zu dieser Tagung ärztliche Vertreter entsendet. Der Präsident Hofrat Obersteiner begrüßte die Versammlung und lud Hofrat Pick ein, den Vorsitz zu übernehmen. Hierauf erstattete Direktor Dr. Starlinger das Referat: „Zum gegenwärtigen Stande der Pflegefrage.“ Auf Grund langjähriger eigener Erfahrung sowie auf Grund außerordentlich sorgfältiger Studien in anderen Irrenanstalten schilderte er die großen Fortschritte, welche Österreich auf diesem Felde in den letzten Jahren gemacht hat. Leider ist die Pflegefrage noch vielfach reformbedürftig, und es wurden vom Vortragenden bemerkenswerte Vorschläge zur Verbesserung derselben erstattet. An den Vortrag schloß sich eine längere Diskussion an.

Prof. v. Frankl-Hochwart empfahl die Schaffung einer Schule und eines Zentralinstitutes für Privatpflege von Irren, da diesbezüglich die Verhältnisse noch besonders reformbedürftig sind.

Dr. Holub (Landesanstalten am Steinhof) erstattete ein Referat unter dem Titel „Wir und die Öffentlichkeit“, in dem er ausführte, daß es die Standesehre der Irrenärzte erfordere, endlich einmal den fortwährenden Verunglimpfungen und den gegen sie ausgestreuten Verleumdungen entgegenzutreten. Es sei zweckmäßig, die Öffentlichkeit aufzuklären, daß die Ärzte der öffentlichen Anstalten keinerlei Interesse an der Internierung eines Menschen haben können, daß hingegen gerade die staatlichen Behörden, denen der Rechtsschutz der Geisteskranken als Pflicht obliegt, dieser ihrer Aufgabe höchst mangelhaft gerecht werden. Es ist auch nicht zweckdienlich, Fälle von Selbstmorden, Verletzungen und Mißhandlungen der Kranken als unmöglich in Frage zu stellen, sondern lieber das Publikum aufzuklären, daß derlei seltene Vorkommnisse unvermeidlich sind, weil Geisteskranke keine Lämmer sind, sondern es oft Balgereien gibt, die hie und da Verletzungen zur Folge haben müssen, und weil ferner die Pfleger auch nur Menschen sind, die sich einmal zu Übergriffen hinreißen lassen usw. Utopien zu predigen, schade sicherlich der Sache mehr als eine natürliche Erklärung gewisser ohnehin sehr seltener Vorkommnisse. An dieses Referat knüpfte sich eine lebhafte Diskussion, in der zuerst Primarius Freiherr von Pfungen und Direktor Starlinger, Mauer-Öhling, sprachen.

Direktor Sterz, Feldhof, betonte, daß die Irrenanstalten heute nicht mehr auf dem Prinzipe der Furcht des Publikums vor den Geisteskranken aufgebaut sind, sondern in erster Linie als Humanitätsanstalten die Irren zu schützen haben.

Dr. Stransky trat für einen gesetzlichen Rechtsschutz der Irrenärzte ein.

Dr. Kramer, Prag, schreibt zum Teile die Schuld an dem herrschenden Vorurteile gegen die Psychiater dem Umstande zu, daß sie sich Irrenärzte nennen. Keine Familie wolle das Odium auf sich laden, daß eines ihrer Mitglieder ein Irrer sei. Man gehe wohl zum Narren-, aber nimmer zum Irrenarzte. Das Publikum könne eben nicht anders gemacht werden, und daher sei der unglückselige Ausdruck „Irrenarzt“ entschieden zu verwerfen.

Hofrat Prof. v. Wagner legte die Vorteile dar, die durch einen Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Anstalten entstehen würden. Von großem Vorteile wäre diese Institution für die Assistenten an den psychiatrischen Kliniken, die sehr schlecht gestellt seien und wenig Aussicht auf eine der Lehrkanzeln hätten. Deren Anzahl sei sehr gering und bedauerlicherweise die Sterblichkeit unter den Professoren in der letzten Zeit minimal. (Heiterkeit.) Hofrat Prof. v. Wagner stellte schließlich folgende Anträge: Der österreichische Irrenärztetag erklärt als wünschenswert, daß: 1. Subalternen Anstaltsärzten die Annahme von Assistentenstellen an psychiatrischen Kliniken erleichtert werde durch Gewährung von mehrjährigen Urlauben bei Wahrung ihres Dienstranges und bei Anrechnung der an der Klinik verbrachten Zeit in ihre Dienstzeit. 2. Daß emeritierten klinischen Assistenten der Eintritt in den Anstaltsdienst erleichtert werde durch Anrechnung der an der Klinik verbrachten Zeit bei Bestimmung des Dienstranges und der Dienstzeit. — Diese Beschlüsse seien allen Landesausschüssen bekanntzugeben, ebenso den Vorständen der psychiatrischen Kliniken. Der Kongreß sprach sich für die vorgelegten Anträge aus. Die Direktoren der dem Sitze der Landesverwaltung zunächstliegenden Anstalten sind zu ersuchen, diese Beschlüsse dem betreffenden Referenten persönlich zu überreichen und deren Berücksichtigung zu befürworten.

Dozent Dr. Raimann knüpft an vier schreckliche Fälle seine Beobachtung an, welche zeigen, daß ganz harmlos aussehende, als Neurastheniker oder Hypochonder geltende Gemütskranke ihre Umgebung durch furchtbare Taten überraschen können: Zwei Männer, die ihren geliebten Ehegattinnen meuchlings die Schädel zertrümmerten; ein Mann, der seine Frau niederschoß und eine Frau, die ihrem achtjährigen Lieblingssohne mit einem Rasiermesser den Hals abschnitt. Die Kenntnis derartiger Fälle sei für die praktische Behandlung solcher Geisteskranker von großer Wichtigkeit.

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.
(Fortsetzung.)

Die Anwendung von Marmorek-Serum.

In der Abteilung für innere Medizin referiert Oberarzt Dr. Schenker, Aarau, über die Beobachtung in der Tuber-



kulosetherapie bei der Anwendung von Marmorek-Serum und kam auf Grund seiner Wahrnehmungen zu folgenden Schlüssen:

Das Serum Marmorek hat bei Tuberkulose eine antitoxische Wirkung auf den menschlichen Organismus. Das erkennen wir aus der Abnahme respektive Verschwinden der Tuberkelbazillen im Auswurfe der Lungenschwindsüchtigen und im Harnsediment bei Harnblase- und Nierentuberkulose solcher, welche mit Marmorek-Serum behandelt wurden. Besonders günstig wirkt das Serum bei Lungentuberkulose ersten und zweiten Grades, sowie bei Knochen- und Bauchfelltuberkulose. Tuberkulöse leichteren Grades können somit ganz gut ambulatorisch behandelt werden. Bei Lungentuberkulose im dritten Stadium hatte ich so gute Erfolge wie mit keinem anderen Mittel. Wenn es auch nicht immer heilend wirkt, so kann es doch die Krankheit zum Stillstand bringen und eine Weiterzerstörung des Körpers temporär hemmen. Deshalb kann und soll man das Serum Marmorek in weiter vorgeschrittenen Fällen versuchen, wenn einigermaßen noch Aussicht auf Besserung ist. Je schwerer und hartnäckiger der Krankheitsprozeß ist, desto länger muß das Serum verabfolgt werden. Die publizierten Mißerfolge kommen wahrscheinlich vom zu frühen Sistieren oder von der unrichtigen Anwendung des Marmorek-Serums her. Auch bei Mischinfektionen erfolgt in vielen Fällen Besserung. Da, wo ausgedehnte, schwere Zerstörungsprozesse schon vorhanden sind, da wird das Marmorek-Serum nicht mehr helfen. Das Marmorek-Serum, rektal angewendet, hat keine schädlichen Nebenwirkungen. Wie bei anderen Infektionskrankheiten, gegen welche man spezifische Gegenmittel hat, so müssen auch hier die allgemeinen Lebensbedingungen zur Genesung respektive Besserung günstig gestellt werden. Eine rationelle Pflege und Ernährung des Kranken ist da absolutes Erfordernis. Freiluftkuren, besonders Sonnenbäder, sind notwendig. Will man mit Marmorek-Serum schöne Erfolge erzielen, so soll man die Freiluftkur (Heliotherapie) nicht außer acht lassen. Einen wesentlichen Nachteil hat das Marmorek-Serum noch, und das ist sein Geldpreis, denn die Tuberkulose ist eine Volkskrankheit. Es kostet ein Flakon von 5 cm^3 Marmorek-Serum 2 Mk., und injiziert man einem Patienten pro Tag 10 cm^3, macht das 4 Mk. oder für 50 Einläufe 200 Mk. Hier muß noch Remedur geschaffen werden. Ich glaube nicht, daß wir nun im Marmorek-Serum das Non plus ultra zur Bekämpfung der Tuberkulose haben. Und Marmorek glaubt es offenbar auch selbst nicht; denn immer und immer noch ist er bestrebt, dasselbe zu verbessern.

In der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie sprach Prof. Dr. Trömner, Hamburg, über Indikationen der Hypnotherapie und sagte unter anderem: Durch Psychotherapie suggestiv geheilte Fälle sind schon reichlich veröffentlicht, kritische Zusammenstellungen der Resultate gegenüber anderen Methoden sind noch wenige vorhanden, auch fehlt vielen Hypnotiseuren der Vergleich mit anderen suggestiv wirkenden Methoden. Trömner hat hypnotische Suggestion nur bei einem Drittel seiner in poliklinischer und Privatpraxis behandelten Fälle angewendet; die anderen wurden mit physikalischen Methoden respektive Wachsuggestion behandelt. Was die Hypnotisierbarkeit anlangt, so zeigen Trömners in Tabellen mitgeteilten Resultate, daß mit fortschreitender Übung die Zahl der Tiefschlafenden erheblich wächst. Trömner erreichte durchschnittlich 50% Somnambule und nur 20% gar nicht Beeinflußte, und daß Tiefschlafende wesentlich günstigere Resultate geben als nur die flachen Grade, wird vielfach bestätigt. Die Erreichung des Tiefschlafes sei wichtig, weil um so größer die Suggestibilität und um so besser die Heilresultate seien. Das Lebensalter hat gleichfalls erheblichen Einfluß, und je jünger, um so sicherer seien die Heilerfolge. Von sogenannten organischen Nervenleiden zeigte nur Rückenmarksschwindsucht größere Erfolge. Lanzierende Beinschmerzen (ein Jahr alt und sehr heftig) und gastrische Krisen, periodische Magenkrämpfe wurden auf Monate zum Verschwinden gebracht. Bei motorischen Neurosen wurden mehrere Fälle von Tik (krampfartige Zuckungen), 2 Gesichtstik und 1 Halstik und von Stottern geheilt. Von 20 Stotterern wurden 4 geheilt, 14 erheblich gebessert, 2 nicht beeinflußt. Von Schreibkrampf wurden 3 unter 5 Fällen geheilt. Von sensiblen Neurosen (Erkrankungen der Nerven, die die Empfindungen des Menschen auslösen) gaben einige Trigemenusneuralgien (Gesichtsschmerz) glänzende Resultate: Ein 7 Jahre alter, äußerst heftiger Gesichtsschmerz, welchem schon 11 gesunde Zähne geopfert wurden, mit anderen Mitteln vergeblich behandelt, wurde durch Hypnose in 14 Tagen dauernd geheilt. Eine heftige Neuralgie einer ganzen Gesichtshälfte nach Influenza verschwand sogar nach einer einzigen tiefen Hypnose dauernd. Eine ein halbes Jahr alte Ohrneuralgie wurde in 6 Wochen bis auf Spuren geheilt; eine 2½ Jahre alte Neuralgie, welcher schon vier Zähne vergeblich geopfert waren, wurde durch vier Hypnosen geheilt. Auf Grund solcher Erfahrungen fordert der Vortragende, daß bei jedem schweren Gesichtsschmerz hypnotische Suggestion angewendet wird, bevor man zur Operation (Nervenexzision) greift. Neurasthenische Kopfschmerzen wurden in 4 von 19 Fällen geheilt, achtmal erheblich, sechsmal wenig gebessert, einmal gar nicht beeinflußt. Ohrensausen ließ sich einigemale wesentlich lindern. Spezifisch müßte Hypnose bei Schlafstörungen wirken. Nachtwandeln läßt sich stets heilen, nervöse Schlaflosigkeit ließ sich in etwa einem Drittel der Fälle heilen, zu einem Drittel wesentlich bessern, so daß Schlafmittel überflüssig wurden. Bei krankhaften Gewohnheiten wirkt hypnotische Suggestion besser als alles andere. Bei Lüge- und Stehlsucht, Nägelkauen konnte Vortragender gute Erfolge erzielen. Gänzlich erfolg- und zwecklos ist hypnotische Suggestion bei ausgesprochener Hypochondrie; sehr wenig lohnend bei alten, schon vielfach behandelten Hysterien, ferner Neurasthenien mit stabilen Beschwerden. Von neurasthenischen Einzelsymptomen waren außer den schon genannten günstig zu beeinflussen: Angstgefühl, nervöse Blasenschwäche, innere Unruhe und Magendarmstörungen, vor allem die chronische Verstopfung.

Prof. Kelling, Dresden, berichtete über die Fortsetzung seiner Krebsforschungen. Kelling hatte die Theorie aufgestellt, daß der Krebs durch Implantation embryonaler artfremder Zellen entsteht, welche meist mit der Nahrung in den Körper des Menschen hineinkommen und in wunde Stellen eindringen, wo sie unter besonderen Bedingungen Fuß fassen und weiterwuchern. Nach dieser Theorie müssen im Blutserum der Krebskranken Gegenstoffe nachzuweisen sein gegen das Eiweiß derartiger Zellen. Das Blutserum gibt entweder Trübungen mit dem Eiweiß der artfremden embryonalen Zellen oder es löst die Blutkörperchen dieser Tierspezies besonders intensiv, z. B. sehr häufig Hühnerblutkörperchen. Bei 265 verschiedenen Krebskranken konnte der Vortragende in etwa der Hälfte der Fälle derartige Reaktionen nachweisen, die bei anderen Kranken und Gesunden fehlen. In 28 Fällen konnte allein auf die Reaktion hin die Diagnose „Krebs“ gestellt werden. Eine Anzahl dieser Fälle unterzog sich der Operation und konnte bei ihnen die Geschwulst mit Erfolg entfernt werden. Interessant ist, daß, wenn Rückfälle der Krebskrankheit auftreten, dann die gleiche Reaktion von neuem erscheint, so daß die Reaktiou auch zur Bestimmung der Prognose respektive zur Feststellung der Heilung benutzt werden kann. Gegen Dungern, der auf dem Krebskongreß in Heidelberg Kellings Untersuchungsmethoden als nicht beweisend hingestellt hat, führte Prof. Kelling aus, daß Dungern die von ihm angegebenen Versuchsbedingungen willkürlich geändert und namentlich die Kontrollbestimmungen weggelassen hat. Auch sei sein Material ganz unzureichend gewesen. Kellings serologische Untersuchungen ergaben im Laufe von drei Jahren immer die gleichen Resultate.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Über kutane und konjunktivale Tuberkulinreaktionen. Von Dr. Gustav Morelli in Budapest.

Morelli hat, um den Wert der Reaktionen zu prüfen und zu vergleichen, 300 erwachsene Kranke gleichzeitig mit



20%igem, nach Pirquet verdünntem Kochschen Alttuberkulin geimpft, und um die Wirkung desselben Stoffes auch auf der Konjunktiva zu untersuchen, hat er die Calmettesche Ophthalmoreaktion in der Citronschen Modifikation, d. h. mit physiologischer Kochsalzlösung verdünntes, 1%iges Kochsches Alttuberkulin gebraucht. Er hatte zur besseren Übersicht der Resultate das Material in folgende Gruppen eingeteilt: 1. Klinisch für Tuberkulose anerkannte Fälle. 2. Klinisch auf Tuberkulose verdächtige Fälle. 3. Klinisch auf Tuberkulose nicht verdächtige Fälle

Morelli hat den Eindruck gewonnen, daß in sämtlichen genau untersuchten Fällen, wo Pirquet positiv war, sowohl klinisch als auch durch Sektion oder mittels Tuberkulininjektion Tuberkulose festgestellt werden konnte. Ob das positive Resultat der nach Pirquet oder Calmette zur Kontrolle gegebenen Tuberkulininjektion mit absoluter Sicherheit darauf hinweist, daß im Organismus Tuberkulose vorhanden ist, wagt er nicht zu behaupten, ob es leicht möglich ist, daß die Reaktion in diesen Fällen nur von den durch die eingeimpften Toxine entstandenen Antigenkörper verursacht wurde. Vielleicht kann dies die Ursache sein, daß in ähnlichen Fällen die Reaktionen so überraschend hochgradig waren, und ebenfalls so ist der obenbeschriebene Fall zu erklären, wo nach Tuberkulininjektion auf der zuerst negativen Pirquetimpfstelle, ohne neue Berührung eine typische Papel entstand. Manifeste Tuberkulosen reagieren auf Pirquet in einem gewissen Prozentsatze nicht, die sind größtenteils in sehr vorgeschrittenem Stadium, oder als geheilt betrachtbare Tuberkulosen.

Wenn wir die Pirquet- und Calmettereaktionen derselben Individuen vergleichen, so zeigt die Calmettereaktion eine mindere Empfindlichkeit, da von 164 auf Pirquet positiv reagierten Untersuchten die Calmettereaktion in 22 Fällen = 13% negativ war. Außerdem ist dieselbe auch minder verläßlich, da in Fällen, wo Pirquet, wie auch die Tuberkulininjektion negativ ausfiel, Calmette positiv war.

Außer der Empfindlichkeit und Verläßlichkeit steht die Pirquetreaktion über der Calmettes, da dieselbe ohne Ausnahme ausführbar ist, und zwar gleichzeitig mit mehreren Stoffen, subjektiv (z. B. durch Reibung) nicht beeinflußbar ist, den Untersuchten nicht stört und, was M. für einen Hauptvorteil hält: sie ist gänzlich ungefährlich, was man von der Calmettereaktion nicht sagen kann, da auch in seinen Fällen dreimal so heftige Konjunktivitis entstand, daß die Betreffenden auf drei Tage arbeitsunfähig wurden und die völlige Heilung erst nach 14 Tagen eintrat.

Der diagnostische Wert, selbst der Piquertreaktion, ist gering. Denn obwohl die positive Reaktion sozusagen mit absoluter Sicherheit auf das Vorhandensein der Tuberkulose hinweist, kann man doch nie feststellen, ob sie durch den fraglichen Prozeß, oder durch irgendwelche obsolete Herde hervorgerufen wird. Negative Reaktion spricht bei einem klinisch auf Tuberkulose verdächtigen Fall gegen Tuberkulose, jedoch nicht entscheidend. (Wr. klin. Wochenschrift Nr. 3, 1907.)

*

Über die Blinddarmentzündung des Kindes. Von Prof. Riedel.

Die Diagnose macht Schwierigkeiten bei ganz kleinen Kindern. Wenn das arme Wesen nur schreit, höchstens mit den Fingern auf den Bauch zeigt, gar nichts sagt, so ist der Arzt natürlich in großer Verlegenheit. Das Kind kann, wenn es unbeobachtet war, irgend etwas verschluckt haben, was ihm nicht bekam, oder es kann beginnende Intussuszeption haben; auch an massenhaft vorhandene Springwürmer muß man denken. Die schlimmste Fehlerquelle ist aber die zentrale Pneumonie, weil diese oft mit heftigen Leibschmerzen einsetzt. Gewöhnt man sich daran, genau auf die Frequenz der Atemzüge in solchen unsicheren Fällen zu achten, so läßt sich auch eine zentrale Pneumonie diagnostizieren, wenn die Perkussion noch ganz resultatlos ist. Auch an Angina muß man denken. Kinder und Erwachsene klagen zuweilen bei Angina über Schmerzen rechts; sie haben eben eine veränderte Appendix, eventuell einen Kotstein in derselben stecken und dieser macht sich bemerkbar, wenn eine akute Tonsillitis Infektionsträger in den Kreislauf bringt.

Wenn Typhus im Orte ist, wird er selbstverständlich zu berücksichtigen sein, ebenso Scharlach. Erkranken kleine Mädchen plötzlich an Peritonitis, so kommt die oben bereits erwähnte Infektion auf dem Wege der Genitalien in erster Linie in Betracht. Etwas größere Mädchen, die zum ersten Male die Periode bekommen, klagen ja auch öfter über Leibschmerzen, fiebern etwas; man wird in solchen Fällen abwarten, wenn kein Erbrechen besteht.

Im allgemeinen ist die Diagnose bei mehr als vier Jahre alten Kindern recht wohl zu stellen, nur muß man mit dem Umstande rechnen, daß selbst sehr geringfügige Schädlichkeiten in der Appendix bei Kindern außerordentlich stürmische Erscheinungen hervorrufen können. Eine Ansammlung von Springwürmern, in Bildung begriffene Kotsteine, Weinbeerkerne, Bürstenhaare können heftige Attacken veranlassen, die zum Teile mit stürmischem Erbrechen und hohem Fieber einhergehen.

Eine anatomisch sichere Diagnose ist also nicht zu stellen; sie ist ja auch nicht nötig bei der Harmlosigkeit der Operation.

Wichtig und interessant ist nun weiter, daß die Appendizitis der Kinder als solche ein schwereres Leiden ist, als die Appendizitis der Erwachsenen; die anatomischen Befunde sind günstiger bei letzteren, wenn man vergleichende Untersuchungen anstellt.

Anatomische Befunde lassen sich in ganz einwandfreier Weise für alle operierten Kranken nicht feststellen: wenn man die Operierten gleichzeitig alle sezieren würde, käme man zu voller Klarheit; das wollen und können wir nicht.

Zahlreiche Kranke kommen mit bereits perforierter Appendix und mit Abszeß zur Operation; der Abszeß wird geöffnet, die Appendix bleibt zunächst stecken, wird später entfernt. Im Abszeß fand sich kein Kotstein; oft wird er später beim Verbandwechsel gefunden, oft gewiß auch nicht, nicht selten hat er sich im Eiter aufgelöst. Findet man bei der späteren Operation das distale Ende der Appendix perforiert, so kann man nie sicher wissen, ob dort ein Kotstein perforierte oder nicht, wenn man primär oder beim Verbandwechsel keinen Kotstein fand; oft genug verheilt die Spitze der Appendix spontan, wenn ein Kotstein am distalen Ende entleert war; wir können einer solchen Appendix es nicht mehr ansehen, was ursprünglich in derselben gespielt hat. Ist eine Appendix im mittleren Dritteile durch Kotstein ringsum gangränös geworden, so verheilt sie nicht selten mit Bildung einer Stenose an der einst gangränösen Stelle; wir finden bei der zweiten, also der Radikaloperation, eine Appendix mit Stenose, haben vielleicht den ursprünglichen Kotstein bei der Abszeßeröffnung übersehen, wieder bleibt es unklar, ob primär Stenosenbildung oder Kotstein vorlag.

Oft genug entstehen Stenosen oder Strikturen an der Abgangsstelle der Appendix vom Zökum; wir durchschneiden die Appendix bei der Operation ³/₄ *cm* von ihrem Abgange vom Zökum, stülpen den proximalen Teil derselben ins Zökum hinein und vernähen sie in drei Schichten; dabei entgehen uns sicherlich eine Anzahl von Stenosen und Strikturen, die der sezierende Anatom finden würde — also der Chirurg kann wohl für die Majorität der Fälle den anatomischen Befund mit Sicherheit angeben, aber nicht für alle.

Nötig ist unbedingt dazu das Aufschneiden der exstirpierten Appendix: wer Appendizitis härtet und dann Querschnitte macht zur mikroskopischen Untersuchung, dem entgehen zahlreiche Verengerungen (Strikturen) in der Appendix, weil man dieselben meist nicht von außen erkennen kann; ihm entgehen sogar oft genug Obliterationen an zirkumskripter Stelle (Stenosen).

Kotsteine und andere Fremdkörper verhalten sich oft Jahr und Tag, gewiß nicht selten das ganze Leben hindurch ruhig, desgleichen ein torquierter, geknickter, sowie ein an



Appendizitis granulosa, an Striktur oder Stenose leidender Wurmfortsatz. Die genannten Anomalien schaffen immer nur die Prädisposition für die Attacke, mit der die Krankheit überhaupt erst in die Erscheinung tritt, wenn auch manche Patienten schon vor der Attacke gelegentlich kurze Zeit ziehende Schmerzen rechts unten oder um den Nabel herum haben.

Für gewöhnlich setzt die Attacke, d. h. das Eindringen der Mikrokokken oder ihrer Stoffwechselprodukte in die Wand der Appendix ganz unvermittelt ein; als einzige Ursache kennen wir das Trauma (Aufheben einer Last) mit nachfolgender Blutung in die kranke Appendix, doch kommen solche Blutungen, die R. wiederholt selbst gesehen hat, auch wohl durch Hustenstöße zustande; endlich dürfte das plötzliche Eindringen von frischem Kot in die kranke resp. kotsteinhaltige Appendix den Anfall auch gewissermaßen traumatisch auslösen.

Diese Attacke setzt nun bald leiser, bald heftiger, bald exzessiv ein. Das richtet sich, zum Teile wenigstens, nach der Basis, auf der sie sich entwickelt, doch kann sie auf jeder Basis verschieden stark sein. Die leichtesten Attacken entstehen bei der Stenose mit distal davon befindlichem Hydrops oder Empyem; die „gefüllte Bombe“ tut wenig oder gar keinen Schaden, weil sie nicht mit dem Lumen des Darmes kommuniziert, also kaum Fäulniserreger beherbergt.

Sodann folgt der Benignität nach die Striktur, weil auch bei ihr die Verbindung des distal von der Striktur gelegenen Abschnittes der Appendix mit dem Darm mehr oder weniger stark gehindert ist. Ernster ist schon die Attacke auf dem Boden der Appendizitis granulosa, weil hier Kommunikation mit dem Zökum besteht. Am schlimmsten sind die Anfälle auf der Basis des Kotsteines, weil sie gleich auf schwer prutidem Boden einsetzen bei offener Verbindung mit dem Zökum. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 48, 1907.)

*

Zur Narkose mit erwärmtem Chloroform. Von Dr. Haun in Gladenbach.

H. hat einige Narkosen mit erwärmtem Chloroform vorgenommen und glaubt folgendes konstatieren zu können: 1. Die Narkose trat anscheinend rascher ein, wie früher bei kaltem Chloroform. 2. Die Narkose verlief anscheinend leichter wie früher; das Erwachen aus der Narkose geschah schneller, das Bewußtsein war sehr schnell wieder vollkommen klar. 3. Es wurden keinerlei üble Nachwirkungen bemerkt.

Zur Erklärung dieses Befundes führt H. folgendes an: Das erwärmte Chloroform ist leichter als das nicht erwärmte. Folglich schwimmt das erwärmte Chloroformgas besser als das nicht erwärmte. Der Einatmungsluftstrom enthält demnach bei Verwendung von erwärmtem Chloroform in allen, auch den obersten und randständigen Schichten, feiner verteiltes Chloroformgas (größere Spannung der erwärmten Gasmoleküle). Das kalte Chloroform hingegen ist schwerer, es bewegt sich im Einatmungsluftstrome mehr in dem zentralen Teile desselben und den unteren Schichten, sinkt schließlich (wenigstens zum Teile) mehr und mehr und setzt sich auf den Schleimhäuten der Atmungswege ab. Das erwärmte Chloroformgas bleibt länger im Luftstrome suspendiert, gelangt somit auch in größerer Quote bis in die Alveolen, wird dort schnell resorbiert und tritt in Aktion an den Ganglienzellen. Das kalte, schwerere Chloroformgas senkt sich aus dem Einatmungsluftstrome zu Boden, auf die Schleimhäute der Bronchialwände, wo der Luftstrom geringere Geschwindigkeit besitzt (Sedimente setzen sich da ab, wo der Strom langsamer fließt).

Es ergibt sich hieraus: Bei gleicher Menge verbrauchten Chloroforms gelangt vom erwärmten Chloroform ein größerer Teil direkt an die Alveolen, als vom nicht erwärmten. Vom kalten Chloroform schlägt sich ein größerer Teil, als vom erwärmten, bereits auf den Schleimhäuten der Nase, des Rachens, der Trachea, der Bronchien nieder. Diese Quote des verbrauchten Chloroforms trägt zur eigentlichen Narkose nichts bei; denn sie gelangt nicht an die Alveolen. Sie wird von den Schleimhäuten resorbiert, und zwar nach viel längerer Zeit, als der Teil des Chloroforms, welcher von den Alveolen resorbiert wurde. Sie wird zum großen Teile erst noch resorbiert, wenn wir die Narkose beendigt haben und dürfte hauptsächlich für die Nachwirkungen verantwortlich zu machen sein. Angeregt wurde H. zu seinen Versuchen durch die wiederholt gemachte Beobachtung, daß in den Tropen die Narkosen fast völlig ungefährlich verlaufen. (Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 48, 1907.)

*

Über die Bakterizidie der Galle. Von Fornet.

1. Frische Rindergalle wirkt auf Typhusbazillen entwicklungshemmend. 2. Die Bakterizidie der Galle wird durch Kochen nur teilweise zerstört. 3. Die Galle wird zu einem für das Eberth-Gaffkysche Stäbchen relativ günstigen Nährboden, wenn ihr bakterizider Einfluß auf Typhusbazillen in der einen oder anderen Weise unwirksam gemacht wird. 4. Die Bakterizidie der Galle wird unter anderem auch durch Zusatz von an und für sich ebenfalls bakterizid wirkender Salizylsäure fast vollkommen aufgehoben. 5. Bei der Prüfung von Desinfektionsmitteln ist zu beachten, daß zuweilen Bakterien in ihrer Entwicklung durch ein schon in Lösung befindliches Desinfektionsmittel erheblich stärker gehemmt werden, als wenn das Desinfektionsmittel in gleicher Konzentration erst nachträglich in der Bakterienaufschwemmung gelöst wird. (Archiv für Hygiene 1907, Bd. 60.)

*

Alkohol in den Tropen. Von Ph. Kuhn.

Seine Erfahrungen über die Schädigungen der Europäer und der Kolonien durch den Alkoholgenuß faßt Stabsarzt Dr. Ph. Kuhn, der bekannte Verfasser des Buches über die Hygiene in den Tropen, in folgende Sätze zusammen:

1. Der Alkohol ruft in den Tropen gleichartige Schädigungen hervor, wie in einem gemäßigten Klima. Er schädigt jedoch in viel höherem Maße.

2. Eingeborene, denen die alkoholischen Getränke der Weißen zugänglich sind, verfallen infolge der Willensschwäche ihrer Rasse in kurzer Zeit den stärksten Graden der Trunksucht.

3. Die Weißen, welche des Schutzes der schwarzen Haut entbehren, werden in den Anpassungsbestrebungen ihres Körpers an das heiße Klima durch den Alkohol behindert.

4. Es ist Pflicht der weißen Völker, die Eingeborenen durch gesetzliche Maßregeln gegen die Einfuhr alkoholischer Getränke zu schützen.

4. Jedem Weißen ist in den Tropen die vollkommene Enthaltung von berauschenden Getränken anzuraten.

6. Alle Bestrebungen gegen den Alkoholismus in den Tropen fallen so lange auf unfruchtbaren Boden, als die Macht der Trinksitten bei dem einförmigen Leben in den Kolonien alle guten Vorsätze der Einzelnen über den Haufen wirft.

7. Kein Volk der Erde ist der Macht der Trinksitten so untertan, wie das unsere; der Deutsche bewahrt seine alkoholischen Bräuche treu bis in die heißesten Länder, oft getreuer als die Zugehörigkeit zu seinem Volke.

8. Darum muß der Hauptkampf gegen den Alkoholismus der deutschen Kolonien in der Heimat gekämpft werden.

9. Die Beseitigung der Trinksitten, welche das Ziel aller Antialkoholbestrebungen in Deutschland ist, wird den deutschen Kolonien einen gewaltigen Aufschwung bringen. (Medizinische Klinik Nr. 30, 1907).

*

Die allgemeine Behandlung der Luxationen. Von Prof. Dr. H. Tillmanns in Leipzig.

T. unterscheidet drei Hauptgruppen: 1. angeborene, 2. traumatische und 3. pathologische Luxationen.

Die kongenitalen Luxationen sind im wesentlichen als fötale Mißbildungen zu betrachten, am häufigsten am Hüftgelenk vorkommend und sind sie vorwiegend einseitig, seltener doppelseitig.



Von sonstigen angeborenen Luxationen kommen noch angeborene Luxationen des Schultergelenkes, des Schlüsselbeines, des Ellbogen- und Handgelenkes, der Kniescheibe, des Kniegelenkes und der Fußgelenke vor, doch sind diese im Vergleiche zu den Hüftgelenksluxationen seltener.

Als Behandlung der angeborenen Luxationen empfiehlt T. vor allem anderen die unblutige Reposition in einem Akte.

Außer durch unblutige Reposition in Narkose kann man auch durch verschiedene orthopädische Maßnahmen allmählich Besserung erzielen, z. B. besonders durch die Anwendung der Abduktionsschiene von Schede oder des Außenrotationsapparates nach v. Mikulicz, durch permanente Extension, durch Beckengurte, Korsetts usw.

Endlich ist noch die blutige Reposition der angeborenen Hüftgelenksluxation nach Hoffa und Lorenz zu erwähnen; besonders bei älteren Kindern etwa bis zum achten Lebensjahre und später, oder wenn die unblutige Reposition aus irgend einem Grunde nicht gelingt.

Eine Mittelstellung zwischen den angeborenen und erworbenen Luxationen bilden die habituellen Luxationen infolge von angeborener oder intra partum entstandener Schlaffheit der Gelenkkapsel, welche zuweilen an mehreren Gelenken vorkommt. Hier ist besonders die operative Verkleinerung der Kapsel durch Resektion oder durch Zusammenfaltung derselben mittels Naht indiziert, und zwar mit oder ohne Aushöhlung der Pfanne, z. B. am Schultergelenk, oder mit entsprechender Formverbesserung von Gelenkteilen an anderen Gelenken.

Die Behandlung der traumatischen Luxationen, und zwar zunächst der sonst nicht komplizierten subkutanen Verrenkungen besteht in der kunstgerechten Reposition. In frischen Fällen soll die Reposition zunächst stets ohne Narkose versucht werden. Narkose ist notwendig, wenn die Luxation bereits mehrere Tage besteht und die krampfhaft kontrahierten Muskeln jede Repositionsbewegung verhindern, ferner natürlich bei veralteten Luxationen, wo bereits abnorme Verwachsungen bestehen. Bei der Reposition der Verrenkungen in der Narkose hat man mehrfach, besonders bei Potatoren, shockartige Todesfälle beobachtet; es ist daher Vorsicht geboten. Die Repositionsbewegungen müssen bei jeder Verrenkung planmäßig entsprechend der Anatomie des betreffenden Gelenkes und unter Berücksichtigung der Entstehung der Luxation ausgeführt werden, d. h. man macht im allgemeinen in umgekehrter Reihenfolge diejenigen Bewegungen, durch welche die Luxation entstanden ist. Zuerst beseitigt man daher das Resultat der sogenannten sekundären Bewegung des luxierten Gelenkteiles, indem man letzteren unter geringer Gewaltanwendung in die Nähe des Kapselrisses und des gegenüberliegenden Gelenkteiles, z. B. der Pfanne, bringt, dann reponiert man durch die rückläufige Bewegung, durch welche die Verrenkung entstand. Bei dieser Repositionsbewegung muß man die Gelenkbänder und die nicht zerrissenen Kapselteile möglichst entspannen. Zuweilen gelingt die Reposition durch einfache Extension mit manuellem Druck, wie bei der Beseitigung der Deformität der Frakturen.

Nach der gelungenen Reposition ist das Gelenk allseitig normal beweglich. Nach der Reposition muß das betreffende Gelenk etwa 14 Tage lang durch einen möglichst einfachen Fixationsverband ruhig gestellt werden, damit der Kapselriß heilt und Rezidive oder habituelle Luxationen infolge ungenügender Heilung des Kaselrisses oder infolge Dehnung der Kapselnarbe vermieden werden. T. empfiehlt, die Fixationsverbände ja nicht zu lange anzuwenden, damit keine länger dauernde Gelenksteifigkeit eintritt. Oft genügen 8—12 Tage, die Hauptsache bei der Ruhigstellung der Gelenke ist ja nur, daß besonders die extremen Gelenkbewegungen vermieden werden, vor allem diejenigen, durch welche die Verrenkung entstanden ist. Auch sollen die Fixationsverbände so einfach als möglich und leicht abnehmbar sein, damit frühzeitig täglich massiert werden kann. Nebst Massage sind in beschränktem Maße aktive und passive Bewegungen indiziert, nach Ablauf von etwa 3—4 Wochen volle Bewegungsfreiheit.

Gelingt die unblutige Reposition einer subkutanen Luxation auch in der Narkose nicht, dann muß die blutige Reposition ausgeführt werden. Die Luxation wird durch Operation bloßgelegt und das Hindernis der Reposition beseitigt. Die unblutige Reposition kann bei subkutanen, sonst nicht komplizierten Luxationen durch verschiedene Umstände verhindert werden, z. B. durch einen zu engen Kapselriß, durch die erhaltenen Bänder und Kapselteile, durch die Zwischenlagerung von Sehnen, Muskeln, Kapselteilen, von Sesambeinen oder von abgerissenen Knochenteilen usw. Nach der blutigen Reposition durch aseptische Arthrotomie wird die Wunde für einige Tage drainiert resp. tamponiert, und nach der Heilung der Operationswunde werden auch hier baldigst methodische Gelenkbewegungen und Massage vorgenommen.

Bei Fraktur des luxierten Gelenkteiles ist die unblutige Reposition nur selten ausführbar, weil das abgebrochene Gelenkende gewöhnlich nicht genügend gefaßt werden kann. Bei allen mit Fraktur komplizierten Luxationen ist die volle Wiederherstellung der normalen Gelenksfunktion zweifelhaft.

Durch offene Wunden komplizierte Luxationen sind nach denselben Regeln zu behandeln, wie Gelenkwunden. Hier ist baldigst nach dem Unfalle die Reposition unter Beobachtung der antiseptischen Kautelen vorzunehmen, dann wird die Wunde nach gelungener Reposition tamponiert, und nach Bedarf legt man noch Drains durch Gegenöffnungen oder Hauttaschen. Die primäre Nahtvereinigung solcher Wunden ist jedenfalls nicht zweckmäßig wegen der Gewebsquetschungen und wegen der auch sonst oft unreinen Beschaffenheit der Wunde.

Bei veralteten Luxationen ist stets zuerst die unblutige Reposition in Narkose zu versuchen, indem man zunächst durch vorsichtige, rotierende und hebelnde Bewegungen die abnormen Verwachsungen zu lösen und dann den luxierten Gelenkteil durch die seiner Stellung entsprechende Repositionsbewegung zu reponieren trachtet. Die Möglichkeit der unblutigen Reposition hängt ab von dem Grade der stattgefundenen Weichteilverletzung, von der größeren oder geringeren Fixation des luxierten Gelenkteiles an seiner abnormen Stelle und von dem Umstande, ob das Gelenk resp. die Gelenkpfanne noch nicht zu sehr verändert oder gar obliteriert ist. Die unblutige Reposition wird man im wesentlichen nur durch manuelle Bewegungen ausführen. Verletzungen der Knochen und der Weichteile durch zu rohe Gewalt muß man vermeiden. Gelingt die unblutige Reposition in der Narkose nicht, so ist operativ vorzugehen.

Was die Behandlung der habituellen (rezidivierenden) Luxationen betrifft, so kommen diese am häufigsten am Schultergelenk, am Kiefer- und Daumengelenk, zuweilen auch am Hüftgelenk vor. Die wichtigsten Ursachen der habituellen Luxationen bestehen in ungenügender Heilung des Kapselrisses, in Dehnung der Kapselnarbe oder überhaupt der Kapsel durch zu frühzeitige extreme Bewegungen nach der Reposition der Verrenkung, ferner in ausgedehnten Zerreißungen der periartikulären Weichteile, besonders der die Kapsel verstärkenden Gelenkbänder, in Abbruch und fehlerhafter Heilung von Knochenvorsprüngen, von knöchernen Muskelansätzen, z. B. der Tubercula am oberen Humerusende usw. In der Mehrzahl der Fälle dürfte es sich um Erschlaffung der Gelenkkapsel und ihrer Hilfsbänder handeln, so daß ohne erneute Zerreißung der Kapsel eine Luxation eintreten kann. Entsprechend den erwähnten Ursachen wird die Behandlung der habituellen Luxationen eine verschiedene sein. Längere Ruhestellung des betreffenden Gelenkes bleibt meist erfolglos, weil die Patienten nicht die nötige Geduld besitzen. Genzmer hat zwei Fälle von habitueller Luxation des Schultergelenkes und des Kiefergelenkes durch subkutane Injektion von 0·5—0·75 reiner Jodtinktur mittels der Pravazschen Spritze im Bereiche der Gelenke geheilt; die Injektionen wurden in drei- bis viertägigen Intervallen vorgenommen, im ganzen wurden sechs bis acht Injektionen ausgeführt. Solche Injektionen von Jodtinktur oder Alkohol absolutus dürften besonders dann zu versuchen sein, wenn man Kapseldehnun-



gen zu Schrumpfungen veranlassen will. Am schnellsten führt die operative Behandlung zum Ziele.

Lehnen die Kranken mit habituellen Verrenkungen jede Behandlung ab, dann bleibt nichts anderes übrig, als durch geeignete Bandagen das Gelenk zu stützen und extreme Bewegungen auf diese Weise zu verhindern.

Die Behandlung der pathologischen Luxationen hängt ebenfalls in erster Linie von der Ursache resp. von den vorhandenen anatomischen Veränderungen ab. Wir unterscheiden bekanntlich vier Hauptgruppen der pathologischen Luxationen: 1. die Distentionsluxationen, 2. die paralytischen Luxationen, 3. die Deformationsluxationen, und 4. die Destruktionsluxationen. Die Distentionsluxationen entstehen infolge von Dehnung und Erschlaffung der Gelenkkapsel und Gelenkbänder durch serösen, serofibrinösen oder eitrigen Erguß im Gelenk im Verlaufe von akuten Infektionskrankheiten, z. B. bei Typhus, akutem Gelenksrheumatismus, bei Scharlach, Masern, Pyämie usw. Die Verrenkung erfolgt meist durch leichte Traumen resp. durch ruckartige Bewegungen der Kranken im Bett; ein Kapselriß ist nicht immer vorhanden. Bei den Distentionsluxationen gelingt gewöhnlich wie bei den traumatischen Verrenkungen die manuelle unblutige Reposition, eventuell in Narkose. Auch bei den paralytischen Luxationen infolge von Lähmungen handelt es sich meist um eine Ausdehnung der Gelenkkapsel und Gelenkbänder infolge der Belastung durch die Extremität, weil die gelähmten Muskeln das Glied im Bereiche des Gelenkes, z. B. des Schultergelenkes, nicht genügend stützen. So entstehen teils allmählich Subluxationen, teils plötzlich im Anschluß an Traumen vollständige Verrenkungen, welche man meist leicht reponieren kann. Durch orthopädische Apparate oder durch Verkleinerung der gedehnten Kapsel oder durch künstliche Ankylosierung mittels Arthrodese, z. B. bei Schlottergelenk, wird man eventuell den Zustand dauernd bessern und Rezidive der Luxation verhüten.

Die Deformationsluxationen entstehen besonders durch Veränderungen der knöchernen Gelenkteile bei Arthritis deformans, Tabes, Syringomyelie usw. Ist die unblutige oder operative Reposition nicht erfolgreich, dann eventuell Resektion.

Die Destruktionsluxationen infolge Zerstörung der knöchernen Gelenkkörper oder der Gelenkkapsel oder beider zugleich, teils durch akute Vereiterungen, teils durch chronische Eiterungen, besonders durch Tuberkulose, sind für die Reposition meist nicht mehr geeignet. Die akute Zerstörung der Gelenkkapsel beobachtet man bei akuten Veränderungen der Gelenke im Verlaufe akuter Infektionskrankheiten, bei Epiphysen-Osteomyelitis, in seltenen Fällen auch bei akuten Exazerbationen tuberkulöser Prozesse im Anschlusse an Traumen, z. B. bei der Coxitis tuberkulosa. In den akuten Fällen dieser Kategorie rät Tillmanns zur Eröffnung des Gelenkes, dann die Reposition der Luxation, wenn möglich, ohne Resektion und ausgiebige Drainage. Bei den Destruktionsluxationen infolge Zerstörung der knöchernen Gelenkskörper ist die Reposition meist unmöglich. Eine typische Destruktionsluxation dieser Kategorie ist die Luxation des Oberschenkels bei sog. wandernder Pfanne bei Coxitis tuberkulosa, ferner die Subluxation der Tibia nach hinten bei chronischen Kniegelenksentzündungen. Meist wird diese Deformität nur durch entsprechende Resektion des erkrankten Knochens beseitigt werden können. (Deutsche Medizinische Wochenschr. Nr. 47. 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 17. Jänner 1908.

Anton v. Eiselsberg stellt einen 33jährigen Patienten vor, bei dem bereits 1902 eine Resektion des Unterkiefers wegen eines Tumors ausgeführt wurde. Jetzt hat derselbe hinter dem rechten Ohre eine Metastase, die seit vier Jahren stetig wächst und jetzt Kopfgröße erreicht hat. Im Röntgenogramm sieht man den Schädelknochen entsprechend der Basis der Geschwulst vollkommen vom Tumor usuriert. Da beiderseitige Sehnervenatrophie nach Stauungspapille und Affektion des Vestibularis besteht, ist ein operativer Eingriff wohl aussichtslos.

Viktor Kroph zeigt die Patientin, die er am 8. November 1907 vorgestellt hat. Die Nagelpsoriasis, die damals bestand, ist beinahe vollständig (ausgenommen am Ringfinger der linken Hand) unter interner Arsen- und lokaler Pyrogalloltherapie geschwunden.

Arthur Foges: Beiträge zu den Beziehungen zwischen Mamma und Genitale. Foges hat durch Versuche festgestellt, daß bei Tieren nach Exstirpation der Ovarien vor der Geschlechtsreife die Brustdrüsen in der Entwicklung fast ganz zurückbleiben. Nach Uterusexstirpation entwickeln sich sowohl die Ovarien als auch die Mamma normal, die Entwicklung der letzteren ist daher nur von dem Vorhandensein eines normalen Ovariums abhängig. Sie stehen unter dem Einflusse der inneren Sekretion des Ovariums; eine Nervenbahn, auf welcher ein Reflex übertragen werden könnte, ist nicht nachweisbar. Auf Grund mitgeteilter Tierversuche und Krankenbeobachtungen kommt F. weiters zum Schlusse, daß die innere Sekretion der Ovarien für die Entwicklung der Mamma notwendig ist, aber nicht für ihre Funktion Milch zu produzieren, vielmehr kann der Wegfall der Ovarien die Milchproduktion hervorrufen und steigern. Im Anschlusse an den Vortrag demonstriert F. anatomische Präparate eines Falles von Gynäkomastie bei einem 45jährigen Manne.

Josef Halban erinnert daran, daß er vor etwa drei Jahren den Nachweis erbringen konnte, daß die Plazenta dasjenige Organ ist, welches die Schwangerschaftsveränderungen des Organismus bedingt, welches daher auch das charakteristische Wachstum der Brustdrüse hervorruft. Die funktionierende Plazenta sei eine Hemmung für die Milchsekretion, diese tritt erst auf, nachdem die Plazenta durch die Geburt ausgestoßen wird. Auch konnte er nachweisen, daß das Ovarium, so lange es im Körper funktionstüchtig vorhanden ist, eine Hemmung für die Sekretion der Brustdrüse darstelle, und daß nach dem Wegfalle der Ovarien die Sekretion der Brustdrüse ausgelöst oder befördert wird. Der Ansicht Foges, daß die sogenannte Laktationsamenorrhoe eine Folge der Untätigkeit der Ovarien ist, kann er umsomehr sich anschließen, da er ja der erste war, der diese Hypothese vertreten hat. Was den von Foges berührten Fall von Gynäkomastie betrifft, so habe seiner Ansicht nach das Auftreten von Milchsekretion bei Gynäkomasten, wofür einige Beispiele in der Literatur vorliegen, seine Ursache darin, daß bei diesen Individuen die Hodenfunktion in Wegfall gekommen sein dürfte. Starling machte vor einiger Zeit die Mitteilung, daß es ihm gelungen ist, durch Einspritzung von Extrakten aus Kaninchenembryonen bei Kaninchen ein Wachstum der Brustdrüsen und Sekretion zu erzielen. Spritzte er Plazenta ein, so erhielt er keine Reaktion. Er hielt diese Versuche für beweisend dafür, daß H.s Auffassung der Plazentarwirkung nicht richtig sei und meint, daß die Veränderungen der Brustdrüse in der Schwangerschaft auf Stoffe zurückzuführen seien, welche vom Fruchtkörper stammen, eine Auffassung, welche H.s seinerzeit als absolut unstatthaft hingestellt hat. Halban kann die Versuche Starlings nicht anerkennen, erstens weil sein Material ein außerordentlich dürftiges sei und zweitens weil Starling eine Fehlerquelle übersah, die seine ganze Versuchsanordnung illusorisch erscheinen läßt. Es kommt nämlich bei Kaninchen häufig zur Zeit der Brunst ein Anschwellen der Mamma und Sekretion aus derselben vor, ganz ähnlich, wie uns dies ja bei den menstruellen Veränderungen der Brustdrüsen der Frauen bekannt ist. Die von Starling beobachteten Veränderungen an den Mammae sind nichts anderes als die eben erwähnten Brunsterscheinungen. Weiters führt Halban noch folgendes an: Wenn tatsächlich die Plazenta eine Hemmung für die Auslösung der Milchsekretion



bedeutet, so wäre es möglich, daß in den Fällen von Abortus incompletus, bei welchen keine Milchsekretion besteht, dieselbe eintritt, wenn die zurückgebliebene Plazenta entfernt worden ist. Tatsächlich konnte er in einigen Fällen dieses Verhalten in einwandfreier Weise feststellen. *i. m.*

Wiener dermatologische Gesellschaft.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 20. November 1907.

Ehrmann zeigt mikroskopische Präparate von Endarteritis syphilitica und einen Fall von Psoriasis vulgaris, der in der letzten Sitzung nach Bestrahlung mit Quarzlicht Erythem zeigte. Heute sieht man teils Pigmentierungen, teils Leukoderma auf pigmentierter Umgebung.

Reines demonstriert einen neunjährigen Knaben mit Lichenplanus-Effloreszenzen auf den Streckflächen der Extremitäten und auch beiderseits auf der Wangenschleimhaut und auf der Zungenoberfläche. Weiters einen 20jährigen Patienten mit Lupus erythematodes der obersten Brust- und Rückenpartien. Keine manifeste Tuberkulose oder Skrofulose, keine Tuberkulide, wie solche in anderen Fällen von Lupus erythematodes gleichzeitig nachzuweisen waren. Eine Injektion von 5 *mg* AT. ergibt jedoch deutliche allgemeine Reaktion.

Ehrmann macht auf das gleichzeitige Bestehen einer Seborrhoe aufmerksam.

Eine 24jährige Pat. mit Dacryocystitis specifica bilateralis. Trotz mangelnden Spirochätennachweises ist der spezifische Charakter der Lokalerkrankung mit Rücksicht auf das lokale und allgemeine Krankheitsbild, sowie den therapeutischen Effekt zweifellos. Zum Schlusse noch eine 25jährige Pat. mit maligner Lues. Trotz energischer Behandlung mit Injektionen und Inunktionen seit zwei Jahren immer wieder lokale Rezidive.

Nobl stellt einen 40jähr. Mann vor mit Erscheinungsformen eines Lichen ruber planus obtusus und eines aggregierten, zu talergroßen Plaques konfluierenden Lichen ruber planus verrucosus.

Oppenheim demonstriert einen 25jährigen Pat. mit einem Exanthema syphiliticum, das den Typus eines Exanthema syphiliticum nodosum hat. Am Stamme des Pat. zerstreut stehende, braunrote, bis hanfkorngroße Infiltrate, die zentral eine Pustel tragen (Acne syphilitica). An der Streckseite der oberen, aber besonders an den unteren Extremitäten sieht man hellrote, bis über hellergroße, derbe, in der Haut befindliche Infiltrate, deren Grenzen nicht sehr scharf sind, deren Berührung schmerzhaft ist und die stellenweise zentral eine hellgelbe Stelle aufweisen. Die Unterschenkel sind mit diesen Erythema nodosum-ähnlichen Effloreszenzen übersät. Die Stirne zeigt eine Eruption, die mehr der Acne syphilitica des Stammes gleicht.

Oppenheim hat in einigen Fällen bemerken können, daß während oder unmittelbar nach einer Quecksilberkur ein syphilitisches Eyanthem an den Lokalisationsstellen des Erythema multiforme exudativum auftrete mit ähnlichem Charakter wie im demonstrierten Falle.

Scherber erwähnt, daß es neben akut entzündlich verlaufenden Formen noch torpid verlaufende und zur Exulzeration neigende nodöse Syphilide gebe. Bei einzelnen der recht tief greifenden Knoten an den Unterschenkeln dieses Pat. scheint es sich um solche zu handeln. Diese gehen von den Gefäßen der Subkutis aus.

Ehrmann meint, es könnte sich auch um in der Tiefe sitzende Papeln mit stärkerer Exsudation infolge Stauung handeln.

Finger hat ähnliche Erscheinungen auch in Fällen beobachtet, die keine Quecksilbertherapie durchgemacht haben. Der Zusammenhang mit Quecksilber ist nicht sicher.

Deutsch hält die Erkrankung für die nodöse Form der Syphilis.

Oppenheim erwidert auf die Bemerkungen Fingers, daß gewiß verschiedene nodöse Syphilide vorkommen, in diesem Falle möchte er doch die Quecksilbertherapie in kausalem Zusammenhang damit bringen.

Neugebauer demonstriert einen Pat. mit einem an der linken Schulter etwa handtellergroßen Krankheitsherd, der über das Niveau der gesunden Haut leicht hervorragt und eine scharfe, kreisförmige Begrenzung zeigt. In der erkrankten Zone ist die Haut intensiv gerötet, hat aber früher zum Teil Schuppen und Bläschen gezeigt, die auch den Rand des Herdes bildeten. Pat. gibt an, daß er auf der linken Schulter oft Mehl- und Sandsäcke tragen muß.

Gellis demonstriert einen Fall von Lichen ruber planus an Skrotum, Mundschleimhaut und Hohlhand.

Grünfeld zeigt einen röhrenförmigen Ausguß der Urethralschleimhaut, herrührend von einem Pat. mit einer ersten gonorrhoischen Infektion im katarrhalischen Stadium. Der Ausguß kam gelegentlich einer Janetschen Spülung mit Zinc. sozojodol. $^1/_2$%. im Spülwasser zutage, konnte mit einer dünnen Knopfsonde leicht entriert werden, ist ungefähr 5 *cm* lang, reinweiß. Vorausgegangen ist keine Argentum- oder Kupferbehandlung. Nach dem Gebrauche starker Ätzmittel (speziell von Silbersalzen) kommen derartige Membranen nicht selten vor, doch können sie gelegentlich auch nach dem Gebrauche anderer Mittel (Kal. hypermang. Zink usw.) auftreten.

Kren demonstriert eine 25jährige Patientin mit Acne teleangiectodes. Es besteht eine dichte Aussaat teils frischer, teils älterer Knötchen, die Infiltrate mit teils sekundärer Knötchenaussaat, teils ohne diese, reichen an beiden Wangen bis an die Nasolabialfalte. Präaurikulare und submentale Drüsenschwellung. Die eine Lungenspitze ist suspekt auf Tuberkulose. Weiters einen Tumor der rechten Zungenhälfte bei einem 19jährigen Mädchen. Es handelte sich um ein Hämangiom.

Müller demonstriert einen Fall mit Papeln im Gesichte, Infiltrationen der Nasenflügel und stellenweise der Ohrmuscheln, kumulierten lichenoiden Papeln am Rücken und pustulösen luetischen Paronychien an einzelnen Fingern und Zehen mit Verlust der Nägel.

Biach stellt einen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring vor. An der Haut des Stammes vorwiegend der oberen Thoraxpartien, sowie an der angrenzenden Axillargegend sieht man zu großen nässenden Herden konfluierte Blasen, die zum Teile einen trüben Inhalt zeigen, teilweise noch klar nnd durchscheinend sind. Gegen die unteren Extremitäten zu verjüngt sich der Prozeß, indem sich noch vereinzelte, in Gruppen stehende Blasen und Erytheme nachweisen lassen, auch der Penis erscheint in dieser Weise befallen. Am Rücken und den Beugeseiten der Arme sieht man deutliche Erytheme, die am Rande miliarste Bläschen kreisförmig angeordnet zeigen. Das Gesicht erscheint leicht ödematös, vorwiegend in den seitlichen Anteilen, jedoch frei von Blasen; die Mundschleimhaut ist ebenso frei. Die Diagnose der Dermatitis herpetiformis Duhring stützt sich in diesen Fällen auf das gleichzeitige Auftreten von Erythemen, Quaddeln und Blasen ohne besondere lokale Prädilektionsstellen, ferner die Herpetiformität, das bisherige relative Wohlbefinden.

Groß hält den Fall für Erythem multiforme bullosum.

Ullmann ist eher für die Annahme eines Pemphigus vulgaris acutus oder eines schweren toxischen Erythems. Das Fehlen ausgesprochenen Juckreizes oder der Mitbeteiligung des Nervensystems schließt jede bestimmte Diagnose vorläufig aus.

Gellis, der den Fall von Anfang an beobachtet hat, sah ursprünglich Erythemflecke mit zentraler Abheilung und peripherem Weiterschreiten, später Wiederholung. Dann bildeten sich Urtikariaquaddeln.

Nobl bemerkt, daß das Wesen der Dermatitis herpetiformis Duhring in der Polymorphie der Hautveränderun-



gen zu erblicken sei, die sich im zyklischen Verlaufe des Krankheitsprozesses, nicht aber im Rahmen einer einzigen Attacke geltend macht.

Finger erklärt, daß der Unterschied zwischen Dermatitis herpetiformis Duhring und Pemphigus kein so scharfer sei. Viel wichtiger ist die Unterscheidung zwischen Pemphigus und Erythema toxicum. Da Pat. schon vor zehn Jahren an einem gleichen Ausbruche gelitten hat, würde dies für die Diagnose Pemphigus sprechen.

Mucha demonstriert einen Fall von Mycosis fungoides, die seit 27 Jahren besteht.

IV. Literatur.

Sammlung klinischer Vorträge. Begründet von Rich. v. Volkmann. Neue Folge. Herausgegeben von O. Hildebrand, Friedrich Müller und Franz v. Winkel. Gynäkologie Nr. 170.

Die Dührssensche Uterovaginaltamponade. Ein Beitrag zur Behandlung der atonischen Nachgeburtsblutungen. Von G. Burckhard, Würzburg. Verlag von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Eine warme Empfehlung der Tamponade des Uterus bei atonischen Blutungen. Referent kann sich bezüglich der Sache dem Verfasser nur anschließen, Eigentümlich berührt nur der Umstand, daß noch immer die seinerzeit von Dührssen empfohlene Technik gelehrt wird, wo seit der Einführung der Rapidtamponatoren die Technik bedeutend erleichtert worden ist.

Gynäkologie Nr. 171. Die operative Behandlung der puerperalen Pyämie. Von Ludw. Seitz, München.

Im Anschluß an einen eigenen Fall, der davon kam, bringt Seitz ein Sammelreferat, alle (37) bisher mit Unterbindung der Beckenvenen behandelten Fälle von puerperaler Sepsis. Davon erlagen 23 und 14 Fälle wurden geheilt; es ist also eine Mortalität von 62%. Aus den Statistiken der konservativ behandelten Fälle deduziert Verfasser, daß „von sämtlichen Fällen von Pyämie, gleichgültig, ob schwere oder leichte Formen, 40—45% gerettet werden, daß aber von den ganz schweren Formen auch noch ein Drittel spontan in Heilung ausgeht."

Es lassen sich aber aus den bisher publizierten Fällen nach keinerlei Richtung hin verläßliche Schlußfolgerungen ziehen. Die Prognose des einzelnen Falles aus Symptomen erschließen zu wollen, ist einfach aussichtslos. Hat es in dem einen oder anderen Falle den Anschein, als ob mit dem Eingriff die Krankheit gebrochen wäre, so daß kein Schüttelfrost mehr auftritt, so kommt alsbald ein nächster Fall, der genau dieselben Symptome macht und dessen Sektion dann lehrt, daß man nicht hoch genug — das Ende des Thrombus steckt in der Kava — unterbinden konnte. Nach den Erfahrungen des einen Autors soll man die Operation möglichst frühzeitig machen, dem anderen sterben die früh operierten Fälle und schneiden die Fälle, die nach dem 30. bis 60. Tag postpart. operiert wurden, besser ab.

Es bleibt zwar der Eindruck haften, daß mancher Fall ohne Eingriff nicht durchgekommen wäre, aber eine sichere Indikation der Zeit des Eingriffs läßt sich leider nicht finden, da ja auch ohne jede Behandlung jeder Schüttelfrost der letzte sein kann. Jedenfalls ist es heute noch unmöglich, Normen bezüglich der operativen Behandlung der puerperalen Thrombophlebitis aufzustellen, doch ist das letzte Wort in der Sache noch nicht gesprochen.

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin. Herausgegeben von Prof. Dr. Joh. Müller und Prof. Dr. Otto Seifert. VII. Bd. 10/11. Heft.

Das Gehörorgan und die akuten Infektionskrankheiten. Von Stabsarzt Dr. Haslauer in München. Würzburg. A. Stubers Verlag. 1907.

Die Erkrankungen des Gehörorgans finden im Kreise der Praktiker lange nicht die notwendige Würdigung. Vieles wird hier durch Unkenntnis versäumt. Um nun diesbezüglich Abhilfe zu schaffen und die Aufmerksamkeit der Kollegen auf dieses vernachlässigte Gebiet zu lenken, hat Verfasser in leicht verständlicher, übersichtlicher Weise die ätiologischen Verhältnisse der Otitis media, die ja stets sekundärer Natur ist, klargelegt, sowie die diversen Variationen im Verlaufe, die ja je nach der Ursache (Art der Infektionskrankheit) wechselt, zur Darstellung gebracht. Außerordentlich gelungen ist dem Verfasser die Darstellung der Prophylaxe und Therapie, wobei sich Verfasser auf den Standpunkt stellt, daß die Behandlung der unkomplizierten Otitis media einschließlich der Paraszentese noch in das Gebiet des einfachen Praktikers falle, während die Komplikationen Mastoiditis usw. bereits in die Domäne des Spezialarztes gehöre.

Wenn auch kein Arzt, der nicht auf der Klinik oder zu mindestens in einem otriatischen Kurs spiegeln, das Trommelfell sehen und die diversen Bilder zu unterscheiden lernte aus dem Buche andere als theoretische Kenntnisse schöpfen kann, die dann naturgemäß am Krankenbette versagen, so wäre es doch verfehlt, den Schluß zu ziehen, daß solche Bücher unnütz seien, weil der otiatrisch nicht vorgebildete Arzt auch mit den daraus gewonnenen Kenntnissen für die Praxis nichts gewinne, der andere aber nichts neues lerne. Ein solches Raisonnement wäre aber falsch. Für den ersten ist es die Zusammenstellung von Tatsachen, die sich ja in internen Lehrbüchern verstreut finden, aber nie die verdiente Beachtung fanden, eine ernste Mahnung, die Lücke auszufüllen und das Versäumte nachzuholen, und auch für den letzteren mag das Büchlein stets eine anregende Lektüre bilden.

V. Aus der Praxis.

Zur Diätetik der Neurasthenie. Von Dr. M. Deutsch Nervenarzt, Wien. (Therap. Zentralblatt Nr. 13. 1907.)

In der 7. Auflage seines Buches: „Die Neurasthenie beim Manne" und in seinem Buche: „Die Ursachen und Heilung der Epilepsie" hat D. ausführlich über die ausgezeichnete Wirkung des „Visvit" bei zahlreichen Fällen von Neurasthenie und Epilepsie gesprochen und darauf hingewiesen, daß dieses Nährpräparat im Gegensatze zu den anderen den Vorzug hat, alle zum Ausbau des Organismus nötigen Substanzen in glücklicher Zusammensetzung zu vereinen.

Besonderen Wert mißt D. dem Lezithin und Hämoglobin bei, dem ersteren für die Regeneration der Nervensubstanz, dem letzteren für die Auffrischung des Blutes. Dadurch, daß das Hämoglobin unmittelbar die Anämie beseitigt, kräftigt es mittelbar die ganze Konstitution des in seinem Nervensystem erkrankten Individuums und schafft damit günstigere Bedingungen für die Behandlung der Epilepsie und Heilung der Neurasthenie.

Die reizbare Schwäche des Gehirns und seiner Nerven, das Hauptsymptom psychischer, sensibler und vasomotorischer Funktionsstörung, ständige Begleiterscheinungen der Neurasthenie, wird direkt durch das im Visvit reichlich enthaltene Lezithin bekämpft und damit die Leistungsfähigkeit des ganzen Nervensystems gehoben. Aus diesen Gründen empfiehlt D. zur Therapie der Neurasthenie und Epilepsie das Visvit stets heranzuziehen.

Bezüglich der Hebung des Allgemeinbefindens, der Körpergewichtszunahme und Steigerung des Hämoglobingehaltes unter methodischem Gebrauche von Visvit decken sich die Erfahrungen D.s mit denen, welche in der von Leydenschen Klinik mit Visvit gemacht worden und in Nr. 28 der „Medizinischen Klinik" des Jahres 1906 niedergelegt sind.

Behandlung der nach Quecksilbergebrauch auftretenden Mundschleimhautentzündung mit Formamint. (Ther. d. Gegenwart 1907, Nr. 7.)

P. Meißner in Berlin empfiehlt das Formamint angelegentlichst nicht nur zur Behandlung der Schleimhautentzündung bei Quecksilberkuren, sondern auch zur Vorbeugung derselben. Meißner hat eine Anzahl von Fällen beobachtet, bei denen unter Formamintgebrauch vorgeschrittene Mundschleimhautentzündungen ohne Unterbrechung der Queck-



silberbehandlung zur Heilung gelangten. Er ist der Meinung, daß die Anwendung von Formaminttabletten bei Quecksilberkuren mit der allergrößten Wahrscheinlichkeit das Auftreten der Stomatitis mercurialis vermeiden läßt. Selbstverständlich sollen kariöse Zähne beseitigt werden. Die Formaminttabletten, von Bauer & Co. in Berlin hergestellt, werden in stündlichen Pausen gegeben, so daß für den Tag etwa 10 bis 11 Tabletten genommen werden. Dm.

VI. Notizen.

Die internationale Vereinigung zur Bekämpfung der Krebskrankheit. Die Erforschung der seit den ältesten Zeiten bekannten und gefürchteten Krebskrankheit, durch die im Deutschen Reiche jährlich mehr als 40.000 Menschen dahingerafft werden, hat gerade in den letzten Jahren stete Fortschritte gemacht und eine internationale Vereinigung zu ihrer Bekämpfung ist im Entstehen begriffen, über die der Leiter des Berliner Institutes zur Erforschung der Krebskrankheit, Prof. Dr. Ernst v. Leyden, in der demnächst erscheinenden Nummer der von Professor Hinneberg herausgegebenen Internationalen Wochenschrift für Wissenschaft, Kunst und Technik sehr bemerkenswerte Mitteilungen macht. Auf der internationalen Konferenz, die im Anschlusse an die feierliche Eröffnung des Institutes für Krebsforschung und -behandlung in Heidelberg im September 1906 tagte, wurde der Antrag gestellt, eine allgemeine internationale Vereinigung der Krebsforscher zu organisieren. Dieser Antrag wurde einstimmig angenommen. „Die uns aufgetragene Organisation“, berichtet Prof. v. Leyden, „haben wir in Berlin in die Hand genommen. Sie ist nicht leicht durchzuführen gewesen und ist soweit zustande gekommen, daß auf ihre Einberufung in nicht zu ferner Zeit gerechnet werden darf. In einer großen Zahl von Ländern bestehen bereits Gesellschaften oder Komitees für Krebsforschung, so in London Imperial Cancer Research Fund; in Spanien, in Holland, in Schweden und Norwegen, in Dänemark, Portugal, sowie Japan; in den Vereinigten Staaten von Nordamerika eine „American Society for the Investigation of Cancer“. Vor einigen Tagen wurde in Paris eine Association pour l'étude du Cancer begründet. In Wien und Budapest bestehen gleichfalls Komitees der dortigen Ärztevereine, welche zunächst im Rahmen engerer Tätigkeit gearbeitet haben, jetzt aber der allgemeinen Krebsforschung sich zuwenden. In einzelnen deutschen Bundesstaaten wird seit längerer Zeit die Begründung von Landeskomitees beabsichtigt. Die ausländischen Komitees haben zum Teil bereits jetzt ihr Einverständnis erklärt, einer großen internationalen Vereinigung für Krebsforschung beizutreten. Da auf der Internationalen Konferenz für Krebsforschung in Heidelberg 1906 der Vorstand beauftragt wurde, die weiteren Schritte für die Begründung einer In-

ternationalen Vereinigung für Krebsforschung in die Wege zu leiten. so steht sicher zu hoffen, daß es gelingen wird, in allernächster Zeit eine Sitzung der Vertreter von Komitees der genannten Länder nach Berlin zusammenzuberufen. um hier die Internationale Vereinigung für Krebsforschung begründen zu können.“ Außer den genannten Komitees bestehen noch Institute für Krebsforschung in Berlin, Heidelberg, Frankfurt a. M., London (3), Manchester, Liverpool, Glasgow, Bradford, Cork, in Rußland in St. Petersburg und Moskau, in Paris (im Institut Pasteur) und in den Vereinigten Staaten (4). „Die internationale Vereinigung zur Bekämpfung der Krebskrankheit“, so schließt Prof. v. Leyden seinen Bericht, „wird ohne Zweifel mit regem und edlem Wetteifer der Lösung des Problems zur Bekämpfung dieser grausamsten aller Krankheiten näherzukommen bestrebt sein. Wir Deutschen wollen nicht die Letzten sein und dürfen hoffen, daß auch uns aus staatlichen Fonds oder wohltätigen Quellen die notwendigen Mittel zur Vergrößerung und Vervollständigung der Institute sowie zur vollständigen Durchführung der experimentellen Forschungsprobleme nicht fehlen werden.“

Kleine Bibliothek Langen Band 93: Guy de Maupassant, Bauerngeschichten. Band 94: Guy de Maupassant, Neue Bauerngeschichten. Umschlagzeichnungen von Theophil Steinlen. Preis brosch. je Mk. 1, elegant gebunden je Mk. 1.50. Verlag von Albert Langen in München. In diesem Bändchen sind jene bekannten Bauerngeschichten Maupassants vereinigt, die schon längst als eine der besten Sammlungen Maupassantscher Erzählungen geschätzt sind. Und mit Recht, denn hier, in der Schilderung des Standes, dessen Leben sich in den seelisch primitivsten Formen abspielt, offenbaren sich in ganz besonderer Weise die hervorstechendsten Eigenschaften des Meisters der Novelle, sein knapper prägnanter Stil, seine scharfe, unerbittlich objektive Beobachtungsgabe, seine wunderbare Fähigkeit, nur das wesentliche einer Landschaft, eines Vorganges, eines Charakters zu zeigen, uns mit zwei, drei Strichen einen ganzen Menschen hinzustellen. In diesen Bauerngeschichten finden sich übermütige und ergreifende soziale Lebensbilder, Charakter- und Sittenstücke, und alles ist mit jener Selbstverständlichkeit erzählt, als hätte das Leben nichts mehr zu verheimlichen.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße **47**.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 6. Wien, 8. Februar 1908. Nr. 6.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Wirkungen heißer und kalter Bäder und Duschen auf die Wärmeabgabe.

Von **Dr. P. Hoffmann**, Warmbrunn.

(Schluß.)

Mehr als die wärmesteigernden Badeformen, werden in der Gegenwart die mehr oder weniger starken wärmeentziehenden Badeprozeduren bei Behandlung aller Arten von Krankheiten angewandt.

Wenn ein niedrig temperiertes Medium mit der Körperoberfläche in Berührung tritt, so findet ein Temperaturausgleich zwischen beiden statt. Der menschliche Körper besitzt aber in seinem Hautüberzuge ein vollendetes Schutzorgan gegen Abkühlung, weil die Haut neben der geringen Wärmeleitungsfähigkeit mit ungemein prompt wirkenden Reguliereinrichtungen versehen ist. Die Hautfunktionen sind von den Innervationsvorgängen, die mit der Reizung der peripherischen Endigungen der Gefühlsnerven in Beziehung stehen, abhängig. Die ganze moderne sogenannte Kaltwassertherapie baut sich auf auf der Beherrschung dieser Innervationsvorgänge von der Peripherie des Körpers aus. Wie schon eingangs erwähnt, haben Körperoberfläche und Körperinneres einen entgegengesetzten Temperaturgang. Kältereiz auf die peripherischen Nervenendigungen verhindern den rein physikalischen Wärmeausgleich zwischen der Hautoberfläche und dem sie berührenden kühlen Medium, und zwar durch die Verengung der Querschnitte der Blutgefäße. Die dadurch verminderte Wärmeabgabe in der Peripherie muß eine Wärmestauung im Körperinnern zur Folge haben. Will man diese Wärmestauung hintanhalten oder will man gar eine Erniedrigung der Innentemperatur des Körpers erzielen, so muß man die Zusammenziehung der Blutgefäße der Haut verhindern, man muß eine Erweiterung derselben, eine stärkere Blutzirkulation in ihnen herbeizuführen bemüht sein. Dies geschieht am besten und einfachsten durch mechanische Reizung der dem Bade ausgesetzten Hautstellen. Geschieht diese Reizung der Nervenendigungen in der Haut nicht, so bewirkt eine kurzdauernde Kälteapplikation eine Erhöhung der Körpertemperatur. Senator beobachtete „jedesmal ohne Ausnahme“ ein Steigen der Achselhöhlentemperatur beim Übergang aus der Bettwärme in die kältere Zimmerluft. Als größte Steigerung wird 0·5° C bei einer Zimmertemperatur von 15—16° C angegeben. Bei der Berührung der Körperoberfläche mit kaltem Wasser ist die Wärmeentziehung eine unverhältnismäßig viel größere, als bei der Berührung mit kalter Luft. Trotzdem wird auch dadurch, so lange die Intensität und Dauer der Einwirkung gewisse Grenzen nicht überschreitet, die Temperatur des Körpers im Innern nicht herabgesetzt; als Grenzen dürften die von Liebermeister gewonnenen Zahlen gelten, der in einem Versuche unter einer kalten Brause von 7 Minuten und Wassertemperatur von 17·5° C Steigen der Körpertemperatur wahrnahm. Jürgensen fand konstantes Ansteigen der Rektumtemperatur während Bädereinwirkung von 25 Minuten Dauer bei 30° C.

Übersteigt die Kälteeinwirkung eine gewisse Dauer oder Intensität, so findet eine Herabsetzung der Körpertemperatur statt. Genaue Zahlen durch Verluste mit Bädern von exzessiver Kälte zu gewinnen, ist kaum möglich, weil je nach der Eigenwärme der Haut der Kältereiz verschieden empfunden wird und demgemäß verschiedene Wirkungen hervorruft. Der Nullpunkt für Wärme bezw. Kälteempfindung ist ja bis zu einem gewissen Grade von der Außemtemperatur abhängig, sie sinkt mit der Kälte und steigt mit der Wärme und ist während eines Versuches wegen der Adaption der Haut fortwährend veränderlich. Zudem werden im kalten Bade die Adaptionsverhältnisse im Körper derart gesteigert, daß je nach der Energie dieser Vorgänge an verschiedenen Körpern, sogar an demselben Körper zu verschiedenen Zeiten durch denselben gleichmäßig abgemessenen Kältereiz verschiedene Wirkungen erzeugt werden.

Wie bei der Anwendung exzessiver Kältegrade, verhält es sich bei Versuchen bezüglich der Zeitdauer, während deren eine mäßige oder stärkere Wärmeentziehung ertragen wird. Je nach Umständen und Individualität ist die Herabsetzung der Körpertemperatur verschieden. Nach v. Liebermeister scheinen gewöhnlich kalte Bäder von 20—24° C durchschnittlich etwa 15—25 Minuten lang ertragen zu werden, bevor die Temperatur des Körperinnern unter die Anfangstemperatur herabgeht. Je stärker die Körperbewegung im Bade ist, desto länger erhält sich die Körpertemperatur auf ihrer Höhe. Ein starkes Unterhautfettgewebe schützt gegen starke Wärmeentziehungen, sowohl der Intensität als auch der Dauer nach.



Wie schon erwähnt, benützt man besonders mechanische Mittel, um die Haut für Abgabe größerer Wärmemengen geeignet zu machen. Man erzeugt durch Reiben der Haut eine vermehrte Blutzirkulation in derselben, man bewegt das wärmeentziehende Medium, sei es, daß man das Wasser des Bades in Bewegung setzt oder dem Badenden Bewegung im kühlen Wasser empfiehlt; mittels aller Art von Duschen und Brausen bewirkt man eine Frottierung während der Wasserberieselung, um durch Hautreiz den Blutzufluß zur Körperoberfläche zu erzielen. Der Zusatz reizender Salze bewirkt eine chemische, die Entwicklung von Kohlensäure an der Haut eine mechanische Reizung. Beide rufen eine mehr oder weniger kräftige Reizempfindung hervor, die einen vermehrten Transport von warmem Blut aus dem Körperinnern zur Peripherie und damit eine Abkühlung zur Folge hat.

Ich muß es mir versagen, auf die interessanten Vorgänge im kalten Kohlensäurebad einzugehen; nur möchte ich kurz auf das Verhalten der Körpertemperatur nach dem Bade eingehen.

Es ist ohne weiteres einleuchtend, und die diesbezüglichen Temperaturmessungen beweisen die Richtigkeit der Annahme, daß einige Zeit nach der Wärmeentziehung die Körpertemperatur niedriger ist, als vor derselben. Einige Stunden dauert auch nach mäßigen Wärmeentziehungen diese, von Liebermeister als primäre Nachwirkung bezeichnete Temperaturherabsetzung. Bewirkt wird dieselbe einesteils dadurch, daß das abgekühlte Blut von der Körperoberfläche und aus den mehr oder weniger abgekühlten Extremitäten nach dem Körperinnern zurückströmend auch hier eine Abkühlung bewirkt; durch diese wird ferner eine Verminderung der Wärmeproduktion in den inneren Organen bewirkt. Wie weit die Herabsetzung der Temperatur des Körperinnern gehen kann, zeigt die Erniedrigung von 4·3° bei einer wenig widerstandsfähigen Person nach einem mitten in der Nacht genommenen Bade von 11° C und 25 Minuten Dauer.

Ist die Abkühlungsperiode vorüber, so tritt als sekundäre Nachwirkung nach kalten Bädern, nachdem der Körper sich bis zu seiner normalen Temperatur erwärmt hat, eine Steigerung der Körperwärme in allen Teilen auf. 5 bis 8 Stunden nach dem Bade wird die Rektumtemperatur während der Dauer von 6—12 Stunden etwa 0·2° C höher gefunden, als die entsprechende Tagestemperatur.

So finden wir sowohl nach dem heißen, wie nach dem kalten Bade Schwankungen der Körpertemperatur im negativen wie im positiven Sinne, bis die Mittelwerte den Stand der Körperwärme wieder erreicht haben, der einem jeden Individuum eigentümlich ist.

Hermann Snellen †.

„Im Westen blühet Morgenrot, im Osten geht die Sonne unter!"

Dieser Spruch Lord Byrons, auf die allgemeine Kultur gemünzt, ist teilweise auch für das Gebiet der Ophthalmologie gültig. Denn die Wiedergeburt der Augenheilkunde, durch das Genie Albrecht v. Graefes und Helmholtzens eingeleitet, fand sehr wirksame ergänzende Förderung durch Donders in Utrecht und an dessen Seite und nach ihm durch seinen Schüler Snellen.

Die wichtigste Leistung, welche seinen Namen nicht allein bei den Augenärzten der ganzen Welt, sondern bei allen Ärzten und allen Heilkunde Studierenden bekannt machte, sind die Snellenschen Sehproben, dazu bestimmt, die Sehschärfe des Auges zu ermitteln. Das erstemal wurde damit für diesen Teil der Funktionsprüfung des Auges ein wissenschaftliches Prinzip aufgestellt, welches trotz einer theoretisierenden Anfeindung seitens v. Stellwags sich bis jetzt unerschütterlich behauptet hat. Der Ausdruck dafür ist in der Formel $v = \frac{d}{D}$ gegeben, d. h. die Sehschärfe (Visus, v) ist gleich dem Verhältnisse der größten Distanz, in der die Buchstaben noch deutlich erkannt werden (d), zu der Distanz, in welcher sich die Buchstaben unter einem Winkel von 5' zeigen (D). Die zahlreichen Modifikationen und angeblichen oder wirklichen Verbesserungen, welche die Snellenschen Probetafeln im Laufe von Jahrzehnten erfahren haben und die mancherlei neuen Sehproben, die seither entstanden sind, sie haben alle das Snellensche Prinzip als Grundlage. Was man bis Snellen als Sehprobe besaß, waren bloß empirisch zusammengestellte, mit einander vergleichbare Leseproben, darunter manche freilich wieder trotz des Fehlens wissenschaftlicher, namentlich mathematischer Basis, von unverwüstlichem, dauerndem Werte, wie zum Beispiel die von Ed. v. Jaeger.

Doch ist dies keineswegs das einzige Verdienst, das sich Snellen, der Physiologe von Geblüt, um die Augenheilkunde erwarb. Seine großen physiologischen Kenntnisse, in Donders' Schule erworben, übertrug er auf das praktische Gebiet, dieses so bereichernd.

Er lieferte experimentelle Arbeiten über die „Keratitis neuroparalytica", deren dunkles Wesen dadurch Aufhellung erfuhr.

Man dankt ihm aber auch eine Reihe vorzüglicher Operationsmethoden, speziell auf dem Gebiete der Lidverbildungen sowie wertvolle Studien über das Wesen des Glaukoms und vieles andere. In der ersten Auflage des großen Handbuches von Graefe und Sämisch verfaßte er mit E. Landolt zusammen das Kapitel über die Funktionsprüfung des Auges (Ophthalmometrologie), in der zweiten Auflage dieses Werkes verfaßte er die Operationslehre.

Ein feingebildeter Kopf von Geist und Talent und gleich seinem Meister Donders von weltmännischem Wesen und feinsten Umgangsformen, zählte er zu den hervorragendsten Mitarbeitern an dem gewaltigen Bau der modernen Augenheilkunde, und sein Verlust wird nur dadurch etwas gemildert, daß er eine prächtige Schar tüchtiger Schüler, darunter seine eigenen zwei Söhne, Hermann und Wilhelm uns hinterläßt. Ehre seinem Andenken!

Hermann Snellen wurde 1834 geboren, habilitierte sich als Privatdozent 1862 und wurde nicht lange darnach Professor der Augenheilkunde an der Universität Utrecht und Vorstand der Utrechter Augenheilanstalt, an welcher unter seiner Leitung von seinen zahlreicen Schülern emsig gearbeitet wird und welche so die Geburtsstätte einer Menge sehr wertvoller wissenschaftlicher Errungenschaften wurde. Er starb am 18. Jänner 1908. Sein Nachfolger am Lehrstuhl ist sein Sohn Hermann. S. Klein (Bäringer).

I. urologischer Kongreß in Wien.

Unter sehr lebhafter Beteiligung fand am 2. Oktober 1907 der erste Kongreß der deutschen Gesellschaft für Urologie statt. Im großen Saale der Gesellschaft der Ärzte, in welchem die Sitzungen stattfanden, hatten sich eingefunden: Die Mitglieder des Vorstandes Regierungsrat v. Frisch, Professor Posner, Berlin, Professor O. Zuckerkandl und Dr. Kapsamer; die ausländischen Delegierten Professoren Desmos und Kuys aus Paris, Verboyen, Brüssel, Bruni, Neapel, Vander Poel, New York, Lasco, Mailand, Subotic, Belgrad, Küster, Marburg, Barth, Dänemark, Kümmell, Hamburg; ferner sahen wir den Präsidenten der Akademie der Wissenschaften Professor Eduard Sueß, den Minister des Innern Dr. v. Bienerth, den Sektionschef Cwiklinski als Vertreter des Unterrichtsministeriums, den Ministerialrat Dr. Illing, den Sektionsrat Dr. v. Helly, Hofrat Tils, Statthaltereirat v. Roretz, den Rektor der Wiener Universität Hofrat v. Ebner, den Dekan der medizinischen Fakultät Professor Paltauf, die Hofräte Ludwig, Chrobak, v. Eiselsberg, v. Neusser,



Exner, Krankenhausdirektor Dr. Mucha, die Professoren v. Noorden, Pal, Herzfeld, v. Frankl-Hochwart, Chiari, Biedl, Mauthner, den Vizebürgermeister Doktor Neumayer, den Direktor Czinner, die Dozenten Sternberg, Brünn, Kienböck, Lorenz, v. Dittel, Primarius Dr. Heim.

Um 11 Uhr vormittags erschien Erzherzog Rainer im Hause der Gesellschaft der Ärzte und wurde vom Präsidium zur Präsidententribüne des Saales geleitet. Er begrüßte die Versammlung mit folgenden Worten: „Mit Freude habe ich das Protektorat über den ersten Kongreß der deutschen Gesellschaft für Urologie übernommen. Sie haben das Grenzgebiet zwischen der internen Medizin und der Chirurgie zum Arbeitsfelde erwählt und die von Ihnen im Vorjahre in Stuttgart gegründete Vereinigung tritt heute zum erstenmale in Wien zusammen. In der Hoffnung, daß Ihre Beratungen reiche Erfolge zum Wohle der Kranken bringen werden, erkläre ich den Kongreß für eröffnet.

Hierauf begrüßte der Minister des Innern Dr. von Bienerth die Versammlung im Namen der Unterrichts- und der Sanitätsverwaltung; Professor Desmos, Paris, beglückwünschte die „jugendliche Schwester“ der französischen urologischen Gesellschaft; Hofrat Chrobak sprach, mit lebhaftem Beifall begrüßt, als Hausherr und wies auf die Büste Leopold v. Dittels, des hervorragenden österreichischen Urologen, hin.

Regierungsrat v. Frisch dankte dem Erzherzog, dem Minister des Innern, dem Präsidenten der Akademie der Wissenschaften, dem Rektor und den Vertretern der Staatsbehörden für ihr Erscheinen und hielt hierauf den sehr beifällig aufgenommenen Festvortrag: „Historischer Rückblick über die Entwicklung der urologischen Diagnostik.“

Bei den medizinischen Schriftstellern des Altertums finden sich verhältnismäßig zahlreiche Daten über Erkrankungen der Harnorgane.

Hippokrates beschreibt verschiedene krankhafte Affektionen des Harnapparates in vortrefflicher Weise und legte auf eine exakte Untersuchung des Harnes in bezug auf Geruch, Farbe und Niederschläge (Bodensatz) großes Gewicht. Er unterscheidet verschiedene Sorten von Sediments nach Farbe, Aussehen, Menge und Konsistenz. Die in dem Standgefäße auftretenden Verdichtungen und Wolken, benennt er, je nachdem sie an der Oberfläche, in der Mitte oder am Grunde des Gefäßes erscheinen. Er schildert gleichmäßige und klumpige Sedimente, kleienartige, lamellenförmige und schorfartige. Von den abnorm gefärbten Harnen erklärt er den schwarzen, dicken, übelriechenden, für den gefährlichsten. Er weiß übrigens genau, daß die Quelle für die abnormen Beimengungen des Urins in verschiedenen Teilen des Harnsystemes gelegen sein kann und erklärt ausdrücklich: „Man lasse sich nicht durch den Fall täuschen, daß die Blase selbst erkrankt ist und dem Urin solche Eigenschaften verleiht, weil dies kein allgemeines Symptom für den ganzen Körper, sondern nur ein spezielles für die Blase ist.“ Die Erscheinung, daß auf dem Urin Blasen stehen, läßt auf eine Erkrankung der Nieren und auf eine lange Dauer des Leidens schließen. Schaumiger Urin in Verbindung mit Bewußtlosigkeit und Schwäche der Augen deuten auf nahe bevorstehende Konvulsionen (eine gute Beobachtung urämischer Symptome bei chronischer Nephritis). Blutiger Urin spricht für Zerreißung der Nierennerven, Nierenentzündung, Geschwüre der Blase und Erkrankungen der Teile um die Blase. „Bluthamen bedeutet nichts Schlimmes, wenn es selten und ohne Fieber und Schmerzen auftritt; wenn es aber oft auftritt und von jenen Zufällen sich etwas hinzugesellt, so ist es gefährlich.“ Eiter im Urin kommt vor bei Blasenschmerzen mit Fieber (akute Zystitis). Blasengeschwüren und Knötchen in der Harnröhre: bei Nierenkrankheiten (Pyelonephritis) zeigen sich Fleischteilchen im Urin, bei Blasenkrätze (chronischem Blasenkatarrh u. a.) tritt ein kleienartiger Niederschlag auf. Manchmal kann aus der Beschaffenheit der Zunge auf den Urin geschlossen werden. Sandiger Urin zeigt ein Steinleiden an, auf sandigen Urin und das Abgehen von kleinen Steinchen deutet das Jucken in den „unteren Teilen (Glans penis), Hippokrates kennt die Nierenkolik genau; er diagnostiziert sie aus den nach der Inguinalgegend und den Hoden ausstrahlenden Schmerzen, aus dem Wechseln von Harndrang und Harnverhaltung und aus der sandartigen Beschaffenheit des Harnsedimentes. Überdies beschreibt er den akuten und chronischen Blasenkatarrh, Schwellungen der Harnröhre mit Eiterentleerungen, periurethrale und prostatische Abszesse, Dysurie, Strangurie, Ischurie und Blasensteine. Zum Nachweise derselben dient ihm die Palpation vom Rektum aus. Wiewohl Hippokrates unter seinen chirurgischen Instrumenten des Katheters Erwähnung tut, scheint er denselben zum Nachweise von Blasensteinen nicht verwendet zu haben.

Interessant ist, daß schon Erasistratos (um 300 v. Chr.) den S-förmig gebogenen Katheter (unsere heute sogenannte Béniquékrümmung) angegeben hat. Unter den in Pompeji ausgegrabenen Bronzekathetern findet sich nebst einem geraden Instrumente, einem Kinderkatheter und einem weiblichen Katheter auch einer mit dieser doppelten Krümmung. Bei Heliodorus (1. Jahrh. n. Chr.) wird gelegentlich der Diagnose und Behandlung der Strikturen des Einlegens einer Metallröhre oder Federpose, welche mit trockenem Papyrus umwickelt war, Erwähnung getan.

Celsus gibt eine sehr genaue Beschreibung des Katheterismus, Einspritzungen in die Blase werden bei Cassius Felix (5. Jahrh.) erwähnt. (Forts. folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Die Abteilung über praktische Veterinärmedizin nahm einen Vortrag des Professors Dr. A. Eber aus Leipzig entgegen über die Bedeutung des v. Behringschen Tuberkuloseimmunisierungsverfahrens für die Bekämpfung der Rindertuberkulose.

Nach den klassischen Untersuchungen v. Behring und seiner Mitarbeiter, die inzwischen durch zahlreiche andere Autoren bestätigt worden sind, kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Widerstandsfähigkeit junger Rinder gegenüber einer künstlichen Infektion mit virulentem tuberkulösen Materiale durch Vorbehandlung mit Tuberkelbazillen der verschiedensten Herkunft nicht unwesentlich erhöht werden kann. Fraglich ist es nur, ob der so erlangte Impfschutz von genügender Stärke und hinreichender Dauer ist, um auch bei der zwar langsam wirkenden, aber darum nicht minder gefährlichen natürlichen Infektion wirksam zu bleiben. Bekanntlich hat v. Behring diese Frage bejaht und seit 1903 einen Impfstoff (Bovovakzin) für die Schutzimpfung der Kälber in der Praxis zur Verfügung gestellt. Um ein Urteil über die Wirksamkeit dieses Schutzimpfungsverfahrens gegenüber der natürlichen Ansteckung zu erlangen, sind in den letzten Jahren auch im Veterinärinstitut der Universität Leipzig zahlreiche Versuche an Rindern zur Durchführung gelangt. Die Ergebnisse dieser Tierversuche berechtigen leider ebensowenig wie die Erfahrungen bei der Kontrolle der in der Praxis ausgeführten Immunisierungen zu der Annahme, daß den Rindern durch das v. Behringsche Schutzimpfungsverfahren ein ausreichender Schutz gegen die natürliche Tuberkuloseansteckung verliehen wird. Auch die bis jetzt in der Literatur vorliegenden Beiträge zur Beurteilung des Wertes der v. Behringschen Schutzimpfung sprechen mehr gegen als für die Wirksamkeit der Impfung. Auch v. Behrings Auffassung von dem hohen Werte seiner Schutzimpfung hat zweifellos im Laufe der Zeit — wahrscheinlich bedingt durch die eigenen Erfahrungen bei der Kontrolle schutzgeimpfter Rinder — eine tiefgehende Wandlung erfahren, und aus der allen bisherigen Tuberkulosebekämpfungsmitteln absolut überlegenen, für sich allein zur Bekämpfung der Rindertuberkulose völlig ausreichenden Schutz-



impfung ist auch nach seiner in den jüngsten Veröffentlichungen sich wiederspiegelnden Auffassung ein für sich allein kaum wirksames, erst im Vereine mit anderen hygienisch-prophylaktischen Maßnahmen wirksam werdendes Hilfsmittel bei der Bekämpfung der Rindertuberkulose geworden. Aber auch für ein solches Hifsmittel schulden wir dem Entdecker großen Dank, wenn es uns in den Stand setzen sollte, den mühevollen Kampf gegen die Rindertuberkulose auch unter schwierigen Verhältnissen erfolgreicher als bisher zu gestalten. Der Beweis, daß die Schutzimpfung wenigstens dieses zu leisten vermag, steht zurzeit noch aus, und wir dürfen unsere Erwartungen, daß dieser Beweis erbracht wird, nach den bisher gesammelten Erfahrungen auch nicht allzu hoch spannen. Von den Schlußfolgerungen des Vortragenden seien noch die folgenden hervorgehoben: Die Widerstandsfähigkeit junger Rinder gegenüber einer künstlichen Infektion mit virulentem tuberkulösen Material kann durch Vorbehandlung mit Tuberkelbazillen verschiedenster Herkunft nicht unwesentlich erhöht werden. Die künstlich erhöhte Widerstandsfähigkeit ist jedoch nicht von langer Dauer. Der Beweis, daß den Rindern durch das v. Behringsche Schutzimpfungsverfahren (Bovovakzination) ein ausreichender Schutz gegen die natürliche Tuberkuloseansteckung verliehen wird, ist noch nicht erbracht. Sicher aussichtslos ist es, in stark verseuchten Beständen mit diesem Verfahren allein die Rindertuberkulose zu bekämpfen. Es liegen zurzeit keine Veröffentlichungen vor, welche beweisen, daß irgend ein anderes auf der Einverleibung von Tuberkelbazillen beruhendes Verfahren für die praktische Bekämpfung der Rindertuberkulose mehr leistet als das ursprüngliche v. Behringsche Schutzimpfungsverfahren.

In der Diskussion über den Wert des v. Behringschen Immunisierungsverfahrens zur Tilgung der Rindertuberkulose (Referent Eber, Leipzig) berichtet A. Marxer, Berlin, über ein neues Schutzimpfungsverfahren, welches er gemeinschaftlich seit mehreren Jahren mit Levy, Straßburg, und Franz Blumenthal, Berlin ausarbeitete. Der große Vorteil dieser neuen Methode besteht darin, daß die Rindertuberkelbazillen nach bestimmten Verfahren schonend abgetötet werden, während die früheren Schutzimpfungen mit lebenden menschlichen Tuberkelbazillen, die von den geimpften Tieren ausgeschieden werden, ausgeführt wurden. Die Erfinder nehmen auf Grund ihrer günstigen Laboratoriumsversuche an, daß ihr neues, auch für den Menschen völlig unschädliches Immunisierungsverfahren praktisch als Hilfsmittel zur Tilgung der Tuberkulose der Rinder von Erfolg sein wird. Mit derselben Methode werden auch erfolgreiche Immunisierungen gegen Rotz und Typhus ausgeführt mit den entpsrechenden Erregern.

Die Opsontherapie besprach Dr. Strubell, Dresden.

Prof. Sir Almroth Wright hat den Begriff Opsonin in die Wissenschaft eingeführt. Die Opsoninlehre Wrights gründet sich auf die Tatsache, daß im Blutserum Substanzen kreisen, die, mit Bakterien zusammengebracht, diese so beeinflussen und fixieren, daß sie relativ leicht von hinzugefügten weißen Blutkörperchen gefressen, phagozytiert werden. Wohl gibt es auch eine spontane Phagozytose; diese ist aber unregelmäßig und unzuverlässig, während der Grad der induzierten Phagozytose zuverlässig bestimmt wird durch den Opsoningehalt des Serums. Die Opsonine haben ihren Namen von opsono = ich bereite zum Mahle vor; sie wirken nicht etwa, wie die von Metschnikow behaupteten Stimuline, auf die Leukozyten, sondern ihre Tätigkeit setzt bei den Bakterien den Hebel an.

Welcher Art die Bindung ist, die die Opsonine an die Bakterien kettet, ist zurzeit noch unklar. Der Versuch die Opsonine mit Komplementen oder Ambozeptoren zu identifizieren, scheint nicht gelungen zu sein. Die Opsonine sind im normalen Serum thermolabil, das heißt, sie werden durch Erhitzen des Serums zerstört. Bei den Immunsera bleibt ein beträchtlicher Teil der Opsonine trotz der Erhitzung erhalten, die Immunopsonine sind also wenigstens zum Teil thermostabil. Damit identifizieren sie sich vollkommen mit den Bakteriotropinen von Neufeld und Rimpau, die beide nur mit Immunserum gearbeitet haben. Die Thermolabilität der Normalopsonine, die Thermostabilität der Immunopsonine sind zu diagnostischen Zwecken ebenso zu verwerten, wie für die Therapie. Injektionen von abgetöteten Bakterienkulturen erhöhen den opsonischen Index des Blutserums bei geeigneter Dosierung und öfterer Wiederholung der Injektion vorübergehend oder dauernd (positive Phase), nachdem eine Herabsetzung des opsonischen Index vorhergegangen ist (negative Phase). Desgleichen haben Patienten, die eine bestimmte Krankheit überstanden haben, oft noch nach Jahren einen erhöhten opsonischen Index gegen das betreffende Bakterium. Die Opsonine sind nämlich spezifisch, das heißt, nahezu für jede Bakterienart, die für den Menschen virulent ist, gibt es ein besonderes Opsonin; ausgenommen sind hauptsächlich der Diphtheriebazillus und der Serosebazillus, ferner der Typhusbazillus. Der opsonische Index wird bestimmt dadurch, daß man in hundert Leukozyten die Zahl der gefressenen Bakterien bestimmt und den Durchschnitt berechnet. Zuerst tut man dies bei einem normalen Serum; hier heißt die gewonnene Zahl „phagocytic count“ (phagozytische Zahl); der sich ergebende Quotient ist dann der opsonische Index. Auf die Almroth Wrightsche Theorie ist die Vakzinotherapie aufgebaut. Die größten Erfolge wurden erzielt bei den lokalen Staphylokokkenerkrankungen, Furunkeln, Akne, Sykosis usw., wo die Injektion von abgetöteten Staphylokokkenkulturen in kürzester Frist den opsonischen Index gegen Staphylokokkus hochtrieb und die Affektionen promptest heilten. Langsamer, aber trotzdem glänzend waren die Erfolge der Injektion von Kochschem Neutuberkulin in freilich gegen die bisherige Applikation geradezu homöopathischen Dosen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Die Behandlung der Eklampsie. Von E. Bumm in Berlin.

Nach Bumm kommt bei der Eklampsie die Unterbrechung der Schwangerschaft und die möglichst rasche Entfernung des Fötus aus dem Mutterleibe als wichtigstes Heilmittel vor allen anderen in Betracht.

Der Ausbruch der Krankheit ist bei Graviden selten ein ganz plötzlicher, in der Regel gehen Wochen der sich allmählich steigernden Symptome einer Schwangerschaftsnephritis voraus, die tägliche Urinmenge sinkt, ihr Eiweiß und Zylindergehalt steigt, die Ödeme verbreiten sich von den Beinen auf die Genitalien, die Hände und das Gesicht. Tritt hier trotz entsprechender Diät (Milch, heiße Bäder und Einpackungen, harntreibende Teeaufgüsse, Mineralwässer) eine Besserung der Nierenfunktion nicht ein und machen sich im Gegenteile Intoxikationserscheinungen am Zentralnervensystem und den Sinnesorganen (Kopfweh, Erbrechen, Schwindel, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen usw.) bemerkbar, dann ist es höchste Zeit, die Schwangerschaft zu unterbrechen. Mit der Entleerung des Uterus gehen alle Störungen rasch zurück, es kommt nicht zum Ausbruche der Krämpfe und anderer bedrohlicher Erscheinungen. Läßt man die Frauen unentbunden und wartet man ab, so werden die Krämpfe meist nicht ausbleiben, man ist dann gezwungen, unter viel ungünstigeren Verhältnissen einzugreifen.

Die Schnellentbindung ist leicht durchzuführen, wenn der erste Anfall bei bereits völlig erweiterten Weichteilen erfolgt und der Extraktion des Kindes mittels Zange oder Wendung kein Hindernis mehr entgegensteht. Schwieriger steht es, wenn die Krämpfe zu einer Zeit sich einstellen, wo die Weichteile des Kollums noch nicht durch die Wehen genügend dilatiert sind.

Ist das Kollum schon entfaltet und bildet nur noch der enge Saum des Muttermundes ein Hindernis für die Extraktion, so leistet der Bossische Dilatator gute Dienste, man kann mit seiner Hilfe die Erweiterung in einer Viertelstunde so weit treiben, daß die Entbindung möglich ist. Das



gleiche läßt sich, vielleicht in noch schonenderer Weise, mit dem Gummiballon von Champetier erreichen. Wo der Zervikalkanal noch keine Zeichen von Entfaltung wahrnehmen läßt, führt die Dehnung mit Metalldilatatoren leicht zu tiefen Rissen, der Ballon aber wirkt zu langsam. B. schlägt in solchen Fällen die vordere Zervixspaltung von der Scheide aus vor, es läßt sich damit die Entbindung jederzeit innerhalb zehn Minuten bewerkstelligen. Nur die schnelle Entbindung gibt gute Resultate; hat man erst einmal eine Anzahl von Abfällen abgewartet und ist es unterdessen zu einer schweren Schädigung des Nieren- und des Leberparenchyms gekommen, dann kann die künstliche Entbindung auch nicht mehr viel helfen.

Die Erfolge bei der Eklampsie durch Verwendung hoher Dosen von Narkotizis sind nach B. nichts weniger als gute, die Mortalität schwankt um 30 % herum und ist nach seinen Erfahrungen etwa gerade so groß, als ob man gar nichts täte. Zweifellos läßt sich durch kräftige Gaben narkotischer Mittel der Ausbruch der Krämpfe verhindern und auf diese Weise auch der schädliche Einfluß hintanhalten, der durch die Krampfanfälle auf die Atmung und Zirkulation ausgeübt wird. Aber die Unterdrückung der Krampfanfälle durch Narkotika bedeutet nur die Beseitigung eines Symptomes und noch lange nicht die Heilung der Eklampsie. Der Krankheitsprozeß selbst wird vielmehr durch die narkotischen Mittel kaum beeinflußt.

Man hat auch die Lumbalnarkose bei der Eklampsie versucht, aber ohne besonderen Erfolg. Ebenso hat sich die Lumbalpunktion mit nachfolgender Entleerung von Liquor cerebrospinalis, bis der im Subarachnoidealraum auf 500 bis 600 *mm* gestiegene Druck wieder auf die Norm von 120 *mm* herabgesetzt war, als wirkungslos erwiesen.

Dagegen berichtet Vassale über glänzende Erfolge von krampfstillender Wirkung des Parathyreoidins, eines Extraktes der Gland. parathyreoideae, deren Insuffizienz die Ursache der Eklampsie darstellen soll. Da die guten Erfolge neuerdings bestätigt werden, ist ein Versuch mit Parathyreoidin jedenfalls angezeigt.

Bekanntlich geht die Heilung der Eklampsie in der großen Mehrzahl aller Fälle mit der Wiederaufnahme der vorher fast gänzlich darniederliegenden Nierenfunktion einher. Solange der Katheter aus der Blase keinen oder nur wenige Tropfen stark eiweißhaltigen Urins entfernt, nehmen die Lähmungserscheinungen zu, und die Gefahr ist groß. Die Besserung dokumentiert sich zunächst dadurch, daß wieder mehr Urin kommt, und in dem Maße, als die Ausscheidung eines dünnen, hellen Urins zunimmt, gehen die Krankheitssymptome eines nach dem andern zurück, die Krampfanfälle hören auf, die Kranke fängt an, wieder auf äußere Reize zu reagieren und erlangt oft schon im Laufe weniger Stunden das Bewußtsein wieder. Der Gedanke, durch künstliche Anregung der Nierentätigkeit die Heilung anzubahnen, liegt nahe und ist schon seit langem in der verschiedensten Weise therapeutisch verwertet worden. Die Erfahrung hat aber gezeigt, daß die hiefür zur Verfügung stehenden Mittel nur eine geringe und vor allem keine konstante Wirkung zeigen. So gut wie gänzlich unwirksam sind die bisher bekannt gewordenen harntreibenden Medikamente, man mag sie innerlich oder subkutan anwenden. Mehr Erfolg hat die Wärme in Form heißer Umschläge um den Rumpf in der Höhe der Nierengegend, verbunden mit öfter wiederholter Massage der Nieren aufzuweisen, vor allem aber sollte die subkutane Infusion reichlicher Mengen von physiologischer Kochsalzlösung versucht werden, auf welche hin die Harnabsonderung zuweilen auffallend rasch wieder in Gang kommt. Kleine Dosen wirken nicht. B. hat erst dann Erfolge gesehen, als er große Dosen, nicht unter 1500 *g* zwei- oder dreimal täglich anwandte. Die Kochsalzinfusionen wirken zugleich anregend auf die Herztätigkeit, vielleicht setzen sie auch, indem sie den Wassergehalt des Blutes und der Gewebssäfte erhöhen, die Konzentration der im Blute kreisenden Gifte herab.

Als Ersatz der darniederliegenden Nierenfunktion wird seit langem die Anregung der Hautdrüsentätigkeit empfohlen. B. kann nicht behaupten, daß er von heißen Bädern oder Einpackungen jemals eine Besserung schwerer Eklampsiefälle beobachtet hätte, oft nimmt unter dem starken Schwitzen und dem Ansteigen der Körpertemperatur der komatöse Verfall erst recht zu. Es ist wohl möglich, daß durch die starken Wasserverluste beim längeren Schwitzen eine Eindickung der Körpersäfte und damit eine konzentriertere Einwirkung des eklamptischen Giftes auf das Nervensystem herbeigeführt wird. Vor der Pilokarpinanwendung wird mit Recht schon lange gewarnt, da das Mittel nicht nur profuse Schweißabsonderung, sondern auch starke Sekretion in die feineren Luftwege hervorruft, welche das tödliche Lungenödem einleiten können.

Von großer Wichtigkeit ist es endlich in schweren Fällen von Eklampsie, die Atmungs- und Herztätigkeit unversehrt zu erhalten. Sobald die Kranken in Koma verfallen, zeigt die Atmung eine gewisse Neigung, oberflächlich zu werden, es sammelt sich mehr und mehr Speichel, Blut und Schleim in den oberen Luftwegen an, behindert die freie Atmung und legt, indem die Massen allmählich tiefer in die Bronchien gelangen, den Grund zu Aspirationspneumonien, denen manche von der Eklampsie geheilte Frauen nachträglich noch erliegen. Dazu kommt, daß während der Anfälle die richtige Tätigkeit der Atmungsmuskeln oft aufgehoben ist und das Herz nach dem anfänglichen Stadium der Erregung und verstärkten Aktion in einen oft rasch zunehmenden Schwächezustand mit kleinem und frequentem Puls verfällt.

Bestehen bei vollem und schnellendem Pulse die Zeichen der Anschoppung in den Lungen und der Kongestion zum Kopf, so läßt sich durch einen ergiebigen Aderlaß recht rasch eine Besserung des Allgemeinzustandes erzielen. Im tiefen Koma ist es nötig, Rachen und Kehlkopf regelmäßig von den aspirierten Schleim- und Blutmassen zu reinigen und, sobald die Atmung ungenügend wird, zu künstlichen Atembewegungen zu greifen. („Deutsche Medizinische Wochenschrift“ Nr. 47, 1907.)

*

Der Einfluß des Alkohols auf die Produktion spezifischer Immunsubstanzen. Im königlichen Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin wurden Versuche über den Einfluß des Alkohols auf die Bildung von Schutzstoffen bei Typhusinfektionen vorgenommen, über die J. Leva berichtet. Die Versuchsanordnung war die, daß kräftigen Kaninchen eine Reihe von Tagen hindurch Alkohol in ziemlich großen Mengen subkutan injiziert und sie während der Alkoholvergiftung mit Typhus infiziert wurden. Die Bestimmung des Antikörpergehaltes des Blutes wurde an den Versuchs- und Kontrolltieren gleichzeitig nach der Methode von Wassermann-Bruck vorgenommen. Das Ergebnis dieser Versuche war nach Leva das folgende: Alkoholdarreichung allein macht keine Hemmung der Hämolyse, bei den Typhustieren tritt diese in typischer Weise ein, und die Stärke der Hemmung ist bei den Alkoholtieren und den Kontrolltieren ohne Alkohol dieselbe. Alle typhusinfizierten Alkoholtiere zeigten übereinstimmend keine geringere Antikörperbildung, als die entsprechenden Kontrolltiere ohne Alkohol. Auch ergab sich kein Unterschied, ob die Alkoholdarreichung kürzere Zeit (14 Tage) oder länger (25 Tage) fortgesetzt wurde. Es geht also daraus mit Bestimmtheit hervor, daß bei längere Zeit fortgesetzter Alkoholdarreichung in stärkeren Dosen ein Einfluß auf die Antikörperproduktion bei Kaninchen nicht zu konstatieren ist.

Da wir nun wissen, daß bei der subkutanen und intravenösen Injektion von Typhusbazillen die Produktionsstelle der Typhusambozeptoren, der leukoplastische Apparat, nämlich Milz, Knochenmark und Lymphdrüsensystem ist, so können wir daraus den sicheren Rückschluß ziehen, daß bei Kaninchen die Alkoholdarreichung die Reaktionsfähigkeit des für die Produktion der Antikörper in Betracht kommenden Protoplasmaanteiles dieser Zellen nicht stört. Gewiß wäre es irrig,



daraus zu schließen, daß nun der Alkoholiker Infektionen gegenüber und besonders in der Rekonvaleszenz schwerer Infektionen sich in ebenso günstiger Lage befindet, wie der Nichtalkoholiker. Das ist sicher nicht der Fall; aber diese empirisch unzweifelhafte Tatsache hat ihre Ursache nicht in einer verminderten Reaktionsfähigkeit der Antikörper produzierenden Zellen, sondern sie hängt zusammen mit der Schädigung ganz anderer Organzellen, besonders des Herzens, der Magendarmschleimhaut, der Leber usw.

Bekanntlich ist Laitinen auf Grund seiner mit weit kleineren Alkoholmengen vorgenommenen Versuche, über die er auf dem Antialkoholkongresse zu Stockholm referierte, zu ganz entgegengesetzten Ergebnissen gekommen. Er hat festgestellt, daß bei längerer Darreichung von nur 0·1 cm^3 pro Kilogramm Tier die hämolytische Fähigkeit des Kaninchenblutes zwar nicht sehr bedeutend, aber merklich verschlechtert worden ist, während das bakterizide Vermögen nur sehr wenig beeinflußt worden war. Es wird Sache der Nachprüfung sein, festzustellen, inwieweit sich die abweichenden Ergebnisse der beiden Untersuchungsreihen durch die verschiedene Versuchsanordnung erklären lassen. (Mediz. Klinik Nr. 16, 1907.)

*

Gonorrhoetherapie und Gonokokkennachweis. Von Dr. Robert Stein.

Autors Studie erstreckt sich auf die Untersuchung der Wirksamkeit der Balsamika, Adstringenzia, Desinfizenzia und Silbereiweißpräparate bei der akuten Gonorrhoe. Es kamen nur jene Patienten in Beobachtung, die 1. niemals vorher gonorrhoisch infiziert waren, 2. spätestens acht Tage nach dem infizierenden Koitus die Klinik aufsuchten, 3. klinisch den Befund einer reinen Urethritis anterior boten, 4. keinerlei interne Medikamente oder Injektionen angewendet hatten, 5. nach dem Deckglasbefunde sicher an einer durch den Gonokokkus Neisser verursachten Harnröhrenaffektion litten. Die Frage, ob es gelingt, eine unkomplizierte Urethritis acuta anterior ohne lokale Therapie, bloß durch innerlichen Gebrauch von Balsamizis klinisch sowohl als bakteriologisch zur Heilung zu bringen, muß Autor nach seinen gemachten Erfahrungen entschieden verneinen. Die Balsamika bilden nur einen wertvollen Teil unseres Arzneischatzes zur Linderung der subjektiven Beschwerden, aber ein die Krankheitserreger direkt schädigendes Agens sind sie bestimmt nicht. Was nun die Injektionen betrifft, so kann man den blennorrhagischen Prozeß in der Urethra durch Injektionen in zweifacher Richtung beeinflussen.

1. Durch Einbringen von Medikamenten, die den Nährboden verschlechtern. Der Gonokokkus ist ein außerordentlich empfindlicher Mikroorganismus und beansprucht eine gewisse Turgeszenz seines Nährbodens. Die plötzliche Steigerung einer Gonorrhoe nach Erektionen ist der beste Beweis hiefür. Es wäre nun theoretisch denkbar, daß wir durch konsequentes Einbringen adstringierender Substanzen imstande wären, sein Fortkommen zu erschweren, unter besonders günstigen Verhältnissen vielleicht zu unterdrücken. Die Adstringentien bewirken in geringen Konzentrationen Gefäßverengerung; diese hält eine Zeitlang an, dann kehrt das Gefäß zur Norm zurück. Von einer gewissen Konzentration ab folgt auf die Verengerung eine Erweiterung, und zwar desto rascher, je konzentrierter das Mittel einwirkt. Bei hohen Konzentrationsgraden ist Verengerung kaum noch zu beobachten, sondern es tritt sofort Erweiterung ein. Weiters scheinen die Adstringentien, abgesehen von ihrer in geringen Konzentrationen vorhandenen, gefäßwandverengernden Komponente, auch die Eigenschaft zu besitzen, mit den Kittsubstanzen der Endothelien eine Verbindung einzugehen, welche die Emigration weißer Blutkörperchen verhindert.

Ferner sind die Adstringentien keinesfalls befähigt, Gonokokken abzutöten. Die Versuche St. mit rein adstringierenden Mitteln (Zincum sulfuricum) waren, was das Heilresultat betrifft, sehr schlechte, da zahlreiche Rezidiven vorkamen. Etwas günstiger waren die Resultate mit desinfizierenden Adstringentien: (Zincum sulfocarbolicum). Nach den wenig ermutigenden Resultaten, die St. mit Zincum sulfuricum und sulfocarbolicum zu verzeichnen hatte, versuchte er das Kalium hypermanganicum. Dieses Medikament kann in den zur Verwendung kommenden geringen Konzentrationen eine dauernd antibakterielle Wirkung nicht entfalten und irritiert die Schleimhaut stark. Diese letztgenannte Eigenschaft müssen wir ja zur Erklärung der günstigen Wirkung Janetscher Spülungen heranziehen. Denn die starke Verdünnung der zur Waschung benützten Flüssigkeit (zirka 1 : 4000·0) läßt eine Bakterizidie höchst unwahrscheinlich erscheinen. Es dürfte vielmehr nach der Ansicht namhafter Autoren die auf die Waschung folgende starke Ödemisierung der Schleimhaut und reichliche Serumexsudation eine rein mechanische Elimination der Krankheitserreger bedingen. Das kann auch St. bestätigen. Die Resultate waren nicht ungünstig (etwa 50 Heilungen. St. wendet sich nun der Bedeutung der Silberpräparate (argentum nitricum Protargol, Ichthargan, Argonin, Argentamin, Albargin) für die Gonorrhoetherapie zu und hält ihre evidente Wirkung für ziemlich gleichwertig, wenn er auch die von Neisser angegebenen Zeiten für wohl zu niedrig gegriffen findet, da der genannte Autor behauptet, daß bei Argentum nitricum durchschnittlich nach 9·6 Tagen, bei Argentamin durchschnittlich nach 11·5 Tagen, bei Protargol durchschnittlich nach 6·9 Tagen, bei Argonin durchschnittlich nach 6 Tagen die Gonokokken nicht mehr nachzuweisen seien. Nach St. ergeben sich bei der Behandlung einer akuten Gonorrhoe folgende Leitsätze: 1. Die bloß interne Therapie einer akuten Gonorrhoe dürfte nur in den seltensten Fällen zum Ziele führen. 2. Bei jeder akuten Gonorrhoe muß möglichst bald mit lokaler Therapie begonnen werden. 3. Die Anwendung rein adstringierender Medikamente bei einer akuten Gonorrhoe ist ein Kunstfehler. 4. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft müssen sofort Silberpräparate verordnet werden, und zwar *a)* solange reichliche Eiterung vorhanden ist und Gonokokken noch nachgewiesen werden können, Protargol oder Argonin, *b)* wird das Sekret milchig und sind Gonokokken geschwunden, Ichthargan, Albargin oder Argentamin. 5. Das Auftreten einer Urethritis posterior scheint durch die Medikation nicht beeinflußbar, vielmehr von äußeren Schädlichkeiten bedingt zu sein. 6. Eine Urethritis posterior acuta bildet nur selten eine Kontraindikation für die Lokaltherapie des vorderen Abschnittes.

In einem zweiten Teile des Artikels untersucht St. die Bakteriologie der Gonorrhoe des näheren und kommt zu folgenden Ergebnissen. 1. Gonokokken sind in ihren Krankheitsprodukten noch kulturell nachweisbar, wenn sie mikroskopisch in denselben nicht mehr aufgefunden werden können. 2. Gonokokken schwinden aus den im Harne suspendierten Filamenten um so eher, je konzentrierter der Harn ist. 3. Auch in den im Urine suspendierten Filamenten können Gonokokken länger durch Kultur als durch Tinktion nachgewiesen werden. 4. Das Schwinden der Filamente aus dem sauer reagierenden Harne ist durch einen Verdauungsprozeß bedingt, der von dem ausgeschiedenen Pepsin vollzogen wird und dem die Epithelzellen führenden Filamente länger widerstehen als die leukozytenhaltigen. 5. Im neutralen und alkalischen Harne dürfte die Fadenlyse durch eiweißverdauende Bakterien verursacht sein. 6. Wollen wir daher Gonokokken in den im Harne suspendierten Krankheitsprodukten nachweisen, müssen wir den schädigenden Einfluß derselben durch Sedimentieren und wiederholtes Waschen möglichst rasch beseitigen. Die Untersuchung fadenhaltiger Urine auf ihren Gonokokkengehalt kann keine verläßlichen Resultate ergeben, wenn dieselben aus stundenweit entfernten Orten an Institute eingesendet werden. (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 3, 1907.)

*

Die Stumpfsche Bolustherapie, ihre Verwendbarkeit bei Diarrhoen und Meteorismus verschiedenen Ursprungs. Von Dr. Johannes Görner.

Stumpf war durch die Beobachtung, daß Leichen, in Tonboden bestattet, sehr lange der Fäulnis widerstehen, darauf



gekommen, die Bolus, den gewöhnlichen feinpulverisierten weißen Ton, zu Verbandzwecken, insbesondere bei wuchernden Geschwürsprozessen, zu benützen. Dabei hatten sich viele außerordentlich günstige Eigenschaften dieses Materials gezeigt. Vor allem ließen alle entzündlichen Prozesse sowie die ganze Bakterienentwicklung sehr bald nach. In der Folge wurden die Angaben Stumpfs über die günstige Wirkung der Bolus auf Geschwürsprozesse durch andere Forscher bestätigt.

In der Folge sah Stumpf ein, daß dem Boluspulver ein direkt hemmender Einfluß auf die Entwicklung der Bakterien zugeschrieben werden müsse. Und zwar kann dieser Einfluß nicht auf irgendwelchen löslichen bakterientötenden Stoffen beruhen, welche in der Bolus enthalten sind, sondern er beruht vielmehr offenbar gerade darauf, daß 1. die Bolus absolut unlöslich im Wasser ist, und 2. daß das Material aus ganz unendlich kleinen, wie schon gesagt absolut unlöslichen, und damit auch keinerlei Nährmaterial abgebenden anorganischen Partikelchen besteht. Die einzelnen Boluskörnchen sind nämlich so außerordentlich klein, daß sie von der Größe der Bakterien meist um ein Vielfaches übertroffen werden. Die bakterienhemmende Wirkung des Materials erklärt Stumpf nunmehr damit, daß die einzelnen Teilchen der anorganischen Materie die Bakterien mechanisch einwickeln und so ihre weitere Entwicklung verhindern.

Folgerichtig kam Stumpf weiterhin auf die Idee, die antibakteriellen Eigenschaften der Bolus zur Bekämpfung bakterieller Zersetzungsvorgänge im Verdauungstraktus zu verwenden. Er versuchte daher zunächst infektiöse Brechdurchfälle mit Bolusaufschwemmungen zu behandeln und sah seiner Überzeugung nach ausgezeichnete Erfolge. Ja sogar bei einigen Fällen von Cholera asiatica war ein scheinbar unzweifelhafter Erfolg zu beobachten. Nach diesen Angaben erschien uns eine klinische Nachprüfung der Stumpfschen Versuche von erheblichem Interesse.

Die therapeutische Verwendung der Bolus ist sehr einfach. Schüttet man das äußerst feine Pulver unter leichtem Umrühren auf reines Wasser, so erhält man eine selbst bei hoher Konzentration der Mischung flüssig bleibende Aufschwemmung, die fast geschmacklos ist und sich ohne jede Unannehmlichkeit trinken läßt. Eine solche trinkbar-flüssige Aufschwemmung erhält man selbst dann noch, wenn man zwei Teile Bolus mit $2^1/_2$ Tuben Wasser, also z. B. 200 *g* Bolus mit $^1/_4$ *l* Wasser verrührt. Das Trinken dieser Aufschwemmung, selbst in großen Quantitäten derselben, ist vollständig unschädlich, wie schon Stumpf im Selbstversuche nachwies, indem er lange Zeit hindurch täglich früh nüchtern 250 *g*, also $^1/_2$ Pfund, Bolus getrunken hat, ohne den geringsten Nachteil zu verspüren. Görner machte vorerst Versuche bei 8 Fällen von akuter Gastroenteritis (darunter eine schwere Fischvergiftung!). In allen Fällen wurde nach einmaliger, höchstens zweimaliger Darreichung von Bolus ein fast sofortiges Aufhören der Durchfälle beobachtet, an das sich unmittelbar völlige Rekonvaleszenz anschloß. Auch das gelegentlich gleichzeitig bestehende Erbrechen sistierte sofort. Der gewöhnliche Verlauf war folgender: Der Kranke, der bis dahin in kurzen Zwischenräumen dünne diarrhoische Entleerungen gehabt hatte, setzte nach Einnahme von 50—100 *g* Bolus in den nächsten Stunden noch 1—2 dünne Stühle ab. Dann folgte entweder bald, oder nach mehreren, bis 10 Stunden, ein stark mit Bolus vermischter Stuhl von normaler Konsistenz. Bereits jetzt waren in den meisten Fällen die Diarrhöen dauernd geschwunden und nur selten mußten wir den Bolus noch ein zweitesmal in gleicher Dosis verabreichen.

Nach diesen Erfolgen ging G. daran, den Bolus auch bei den leichten akuten Magendarmkatarrhen zu verwenden, die als zufällige Nebenerkrankungen bei Patienten aller Art zur Beobachtung kamen. Unter 30 Fällen hatte er 27 mal einen vollen Erfolg, während nur 3 Fälle nicht ausgesprochen auf das Mittel reagierten. Auch bei Brechdurchfällen der Säuglinge konnte G. eine gleich günstige Wirkung wie beim Erwachsenen beobachten. Bei Kindern wird der Bolus so angewandt, daß bei einem dreimonatlichen Kinde 10 *g*, bei einem sechsmonatlichen 25 *g*, bei älteren Kindern 50 *g* in wässeriger Aufschwemmung verordnet wird. Von den Säuglingen wurde das milchig aussehende Getränk ohne jede Schwierigkeit aus der Flasche genommen. Ausdrücklich sei bemerkt, daß nach den oben erwähnten theoretischen Voraussetzungen der Bolustherapie irgendwelcher Zusatz zu der Aufschwemmung, insbesondere eine Mischung mit Milch oder Zucker, unbedingt vermieden werden muß.

Weiter behandelte G. 5 Fälle sehr intensiver Durchfälle bei Influenza in der geschilderten Weise mit Bolus. Der Erfolg war ebenfalls ein vollkommener. Weiterhin dehnte G. seine Versuche auf die Behandlung der Durchfälle bei Darmtuberkulose aus. Bei 23 Fällen schwerer Darmtuberkulose wurde das Mittel angewandt. Die zum Teile außerordentlich heftigen Durchfälle sistierten gewöhnlich sofort, ausnahmsweise erst nach zwei Bolusdarreichungen, und machten äußerlich normalen Entleerungen Platz. Die normale Darmfunktion hielt stets eine Zeitlang, öfter eine ganze Reihe von Tagen an. Traten dann wieder Durchfälle auf, so wurde das Mittel mit dem gleichen Erfolge wiederholt angewandt. In einigen Fällen wurden so alle 2—3 Tage regelmäßig 50 *g* Bolus früh nüchtern verordnet und konnte damit der Stuhl dauernd fast normal erhalten werden. Natürlich hatte G. es in diesen Fällen nur mit einer palliativen Therapie zu tun. Dieselbe hat aber den großen Vorteil vor der Behandlung mit Opiaten und Tanninpräparaten, daß sie in keiner Weise den Appetit stört, auch niemals Meteorismus hervorruft oder die Durchfälle nur durch eine unangenehm empfundene Obstipation ablöst. Ob vielleicht die Bolustherapie bei Darmtuberkulose auch eine gewisse günstige Wirkung unmittelbar auf die ulzerativen Prozesse auszuüben vermag, etwa in der Art, wie wir das vom Wismutpulver bei Ulcus ventriculi kennen, bleibt dahingestellt. Bei 20 der behandelten Fälle von Darmtuberkulose war der Erfolg gut oder befriedigend, nur bei 3 Fällen versagte die Therapie.

Auch in einem Falle von Darmamyloid war der palliative Erfolg ein überraschend guter. Sobald profuse Diarrhoen auftraten, wurde jedesmal sofort 50 *g* Bolus in der üblichen Form verabreicht. Jedesmal sistierten die Durchfälle nach kaum einer Stunde, um nun immer einer mindestens fünftägigen Periode normaler Stuhlentleerungen Platz zu machen. Natürlich konnte der Verlauf des Grundleidens dadurch nicht aufgehalten werden. In einigen Fällen von Typhus abdominalis wurde das Mittel in solchen Fällen gegeben, wo stärkere Durchfälle ein Eingreifen erwünscht erscheinen ließen. In diesem Sinne war auch hier der Erfolg momentan ein sehr befriedigender. Auch bei Meteorismus verschiedenen Ursprunges, so bei Meteorismus infolge von chronischer tuberkulöser Peritonitis, von Leberzirrhose und Herzaffektionen wurde Bolus ordiniert. Der Erfolg war ein mehr oder minder vollkommener, im ganzen aber ein recht ermutigender und befriedigender. Neben der bakterienhemmenden Wirkung fällt hier vielleicht noch die leichte Anregung der Peristaltik bei Obstipierten mit ins Gewicht.

Autor faßt seine Beobachtungen in folgendem zusammen: Die Darreichung von Bolus alba in wässeriger Aufschwemmung hat sich stets als absolut unschädlich erwiesen. Als Dosis für den Erwachsenen hat sich die Menge von 50 bis 100 *g* in etwa $^1/_4$ *l* Wasser bewährt. Bei Säuglingen raten wir 10—30 *g* Bolus pro dosi zu geben. Die Verabreichung hat möglichst bei leerem Magen zu geschehen. Auf diese letzte Vorschrift möchte G. ein besonderes Gewicht legen, da sonst ein Erfolg oft völlig ausbleibt. Irgendwelche Zusätze zu der Aufschwemmung, wie Zucker oder Milch, sind zu widerraten. Geschmackkorrigentien sind unnötig, vielleicht aber unschädlich. Besonders geeignet für die Bolustherapie sind akute Magendarmkatarrhe. Hier folgt auf die rascheste Sistierung von Erbrechen und Durchfällen meist sofortige Rekonvaleszenz. Chronische Darmkatarrhe bieten weniger günstige Aussichten, werden aber jedenfalls oft noch gut beeinflußt. Als einfaches Stopfmittel läßt sich der Bolus bei Durchfällen aller Art vor-



züglich verwenden. Eines Versuches wert erscheint uns die prophylaktische Behandlung von Individuen zu sein, bei denen eine Infektion mit Typhusbazillen befürchtet wird. Ebenso wäre der Versuch einer Darmdesinfektion vor Operationen am Darm zu machen. Über die Behandlung von Cholera mit Bolus hat G. keine eigene Erfahrung, doch scheinen seine klinischen Beobachtungen die Empfehlung Stumpfs so weit zu rechtfertigen, daß er gegebenenfalls dringend zu einem Versuche raten würde. (Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 48, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 5. Dezember 1907.

Otto Zuckerkandl zeigt Präparate von vorgeschrittenen Stadien der Nephrophthise und bespricht den Verlauf deren Erkrankung. Der Verlauf ist chronisch, Stillstände sind häufig zu beobachten, doch bleibt der Harn eitrig-tuberkulös. Spontane Heilungen bei Nephrophthise sind nicht beobachtet. Aber es gibt eine Art von Heilung an der Niere selbst, und zwar, entweder es kommt zur Entwicklung der tuberkulösen Hydronephrose oder einer tuberkulösen schwieligen geschlossenen Niere. Jedoch schreitet der Prozeß unaufhaltsam weiter, und zwar nach abwärts zur Blase, oder zur Infektion des Genitales, die bei vorgeschrittener Nephrophthise kaum zu fehlen scheint. Die Entfernung der kranken Niere kann, rechtzeitig unternommen, den ganzen weiteren verderblichen Verlauf koupieren.

Anton v. Frisch hat trotz sehr großen Krankenmateriales doppelseitige Nierentuberkulose nur zehnmal gesehen. Es besteht aber bei einseitiger Nierentuberkulose wohl auch eine Gefahr für die zweite Niere, indem von der Blase aus ein aufsteigender Prozeß eine Pyelonephritis in der zweiten Niere sich entwickeln kann. Deshalb soll einseitige Nierentuberkulose sicher stets operiert werden.

Georg Kapsammer hat unter 191 obduzierten Fällen von Nierentuberkulose 67 einseitige Prozesse gefunden.

Ferdinand Kornfeld erwähnt, daß es zahlreiche Fälle von Nierentuberkulose gibt, die, zur Operation ungeeignet, in ganz erträglichem Zustande jahrelang leben, gewiß von ihrer Nierentuberkulose nicht geheilt, aber immerhin am Leben, vielleicht selbst ihrem Berufe erhalten bleiben. So verfügt er aus eigener Erfahrung über eine Reihe von Patienten, die ohne Operation schon viele Jahre ihre schwere Nierenaffektion tragen. Ist das Leiden rechtzeitig diagnostiziert, so solle unbedingt sofort operiert werden, da ja die Operation direkt lebenserhaltend sein kann.

Zuckerkandl hält die Mortalität bei Nierenexstirpation für zirka 13%. Fälle, die ohne Operation geheilt sind, hat er bisher einwandfrei nicht beobachten können.

Julius Mannaberg möchte wissen, ob Nieren, die infolge des langwirkenden tuberkulösen Virus albuminurisch (nephritisch?) geworden sind, nach Ausschaltung der Giftquelle wieder normal zu funktionieren vermögen.

Max Herz erwähnt, daß der Tuberkulinbehandlung von ihren Anhängern gegenüber der Nierentuberkulose eine besondere Wirksamkeit nachgerühmt worden sei.

Frisch hat bei mehreren Fällen von Nierentuberkulose Versuche mit dem Spenglerschen Tuberkulin angestellt, aber durchaus mit negativem Erfolge.

Zuckerkandl hat auch von Tuberkulinbehandlung niemals irgendwelche Erfolge gesehen. Was die Anfrage Mannabergs betrifft, so läßt sich nichts genaues sagen. Die Albuminurie verschwindet, bleibt stationär oder verringert sich nach der Exstirpation der zweiten Niere.

Kapsammer ist der Ansicht, daß die Diagnose „einseitige Nierentuberkulose“ gleichbedeutend mit der Indikationsstellung zur Nephrektomie sei. Spontanheilung der Nierentuberkulose mit Erhaltung der Funktion des Organes gibt es nicht.

Karl Stejskal stellt eine Patientin mit Hyperthyreoidismus bei multiplen Tumoren vor. Der gegenwärtige Befund bei der Pat. ist folgender: Zwei Tumoren am Kopfe, und zwar einen im Durchmesser fünfkronenstückgroßen Tumor am linken Stirnbein und einen zweiten faustgroßen am rechten Hinterhauptsbein. Es handelt sich an beiden Orten um weiche, nicht fluktuierende, deutlich pulsierende, auf Druck und in letzter Zeit auch spontan schmerzhafte Vorwölbungen, die von einem Knochenrande umgeben sind. Über den Tumoren ist die Haut gespannt, doch unversehrt, und von allen Seiten sehen wir kolossal reichlich geschlängelte Gefäße, Arterien und Venen, von und zu den Tumoren hinziehen. Die Kompression der Tumoren macht große Schmerzen. Außerdem besteht noch gegenwärtig eine Veränderung am linken Oberschenkel, welche sich aus einer den am Schädel sich findenden gleichartigen, auch pulsierenden Tumorbildung am Trochanter und an den angrenzenden Partien entwickelt hat. Als Ausgangspunkt dieser metastatischen Tumorenbildung kämen die Mamma, die Nebennieren sowie endlich die Schilddrüse in Betracht. An den Brustdrüsen und an Nebennieren konnten keine Tumorbildungen festgestellt werden. Anders ist es mit der Schilddrüse. Es besteht eine gleichmäßig weiche, mit dem Schlucken sich prompt verschiebende Pulsation und bei der Auskultation ein systolisches Geräusch zeigende Struma parenchymatosa et vasculosa, daneben haben sich eine Reihe anderer Symptome bei verhältnismäßig gleichbleibender Struma mit der Vergrößerung der metastatischen Tumoren eingestellt, nämlich Erscheinungen eines Thyreoidismus oder eines symptomatischen Morbus Basedowii. Die Erscheinungen von Hyperthyreoidismus, die zeitlich mit der Zunahme der Tumoren bei gleichbleibender Struma zusammenfallen, machen es im hohen Grade wahrscheinlich, daß wir es hier mit Metastasen eines Karzinoms der Schilddrüse und damit zusammenhängenden funktionellen Störungen zu tun haben, die der Vermehrung des Schilddrüsengewebes und dementsprechend vermehrten Funktion desselben ihre Entstehung verdanken.

Arnold Burger frägt, ob eine Probepunktion gemacht wurde, und ob nicht der Basedow präexistent oder nicht in ätiologischem Zusammenhange mit der karzinomatösen Erkrankung ist.

v. Stejskal erwidert, daß eine Probepunktion nicht vorgenommen wurde, daß die Gleichzeitigkeit der Entwicklung des Basedow mit der jetzigen Erkrankung beobachtet wurde.

Heinrich Schur demonstriert Blutpräparate mit eigentümlichen Einschlüssen in den roten Blutkörperchen, von einem Falle stammend, wellchen er in der Sitzung vom 8. Februar 1906 vorgestellt hat.

Heinrich Albrecht demonstriert Milz und Leber und andere Präparate, welche von diesem Falle stammen. Dieselbe ist auf ein ganz kleines, sehr schmales und dünnes Gebilde reduziert, dessen unteres Ende bandartig ausgezogen ist. Histologisch findet sich ein grobes, zum Teile hyalin degeneriertes Balkenwerk mit reichlicher Verkalkung, keine deutlichen Follikel, spärliche Pulpa mit viel kernhaltigen roten Blutkörperchen. Die Leber ist sehr groß und dick, eigentümlich gelbbraun. Mikroskopisch zeigt sie eisenhältiges Pigment, das die Berlinerblaureaktion gibt und nicht, wie gewöhnlich, in den Leberzellen, sondern in den Endothelien der Kapillaren und in feinsten Spalten zwischen diesen und den Leberzellen liegt. Alle Lymphdrüsen sind etwas vergrößert, bis etwa mandelgroß, die retroperitonealen auffallend rot. Die Schleimhaut des Magens und des Dünndarmes ist schon makroskopisch deutlich atrophisch und auch mikroskopisch handelt es sich um die bei primärer Anämie so oft beobachtete Atrophie der Schleimhaut.

Guido Holzknecht demonstriert an einem Kranken Untersuchungen, die er mit Richard Spiro gemacht hat und welche die Verwertung der Röntgenuntersuchung des wismutgefüllten Verdauungstraktes für die Diagnostik der Regio ileocoecalis zum Gegenstande hat: Ein pal-



pabler Tumor dieser Region gehört nicht dem Zökum an, wenn am Durchleuchtungsschirm gesehen werden kann, daß bei manueller Verschiebung der beweglichen Eingeweide dieser Gegend gegen den Nabel hin das durch Wismut sichtbare Zökum sich mit verschiebt, während die palpierende Hand den Tumor an seinem Platze zurückläßt.

Max Damask stellt einen Fall von Conjunctivitis ekzematosa vor, die nach Einträufelung von Tuberkulin entstanden ist. Dieselbe trat etwa 14 Tage nach Einträufelung von Tuberkulin auf. Vortr. hat bisher bereits an vier Erwachsenen die Beobachtung gemacht, daß zirka zwei Wochen nach völligem Abklingen der Calmetteschen Reaktion die Entzündungserscheinungen an der Schleimhaut des Lides und des Augapfels neuerlich auftraten.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 12. Dezember 1907.

Klement v. Pirquet zeigt Kinder, bei welchen er die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulose nachgeprüft hat. Die Einträufelung einer verdünnten Tuberkulinlösung ins Auge bewirkte bei tuberkulösen Individuen eine Rötung desselben. Calmette empfiehlt zur Instillation eine Fällung des Tuberkulins mit Alkohol nach Lösung in 20 Teilen Wassers; man kann auch Alttuberkulin in 5%iger Lösung verwenden. Nach 3 bis 6 Stunden nach der Einträufelung, manchmal später, rötet sich die Konjunktiva, besonders an der Caruncula lacrymalis und am unteren Lide (erster Grad der Reaktion) oder auch der Conjunctiva bulbi (zweiter Grad), welche auch mit starker Exsudation einhergehen kann (dritter Grad). Die Rötung verschwindet gewöhnlich in ein bis zwei Tagen; manche Autoren sahen im Anschlusse an die Rötung eine Conjunctivitis lymphatica sich entwickeln.

Theodor Escherich hält die Pirquetsche Hautreaktion für leichter ausführbar und anscheinend feiner.

Anton Ghon zeigt ein anatomisches Präparat eines Falles von Laugenverätzung und Magenkarzinom bei einem 13jährigen Knaben. Die Laugenverätzung ist älter als ein Jahr und mußte wegen hinzugetretener Pylorusstenose eine Jejunostomie ausgeführt werden. Der Knabe erlag einer Pneumonie im Anschlusse an die Operation. Bei der Sektion fand sich abgesehen von Verätzungen und dadurch bedingten Stenosen an der kleinen Kurvatur ein Tumor, dessen histologische Untersuchung ein Karzinom ergab.

Escherich zeigt einen 10 Wochen alten Säugling, der an Fettdiarrhöen und hochgradiger Seborrhoe gelitten hatte. Durch Herabsetzung des Fettgehaltes der Nahrung (Zentrifugierung der Ammenmilch) konnte Heilung erzielt werden.

Karl Leiner, der zahlreiche derartige Fälle beobachtet hat, rühmt den therapeutischen Wert der Buttermilch.

Norbert Swoboda erwähnt, daß es oft genüge die Hauttätigkeit anzuregen, um Heilung zu erzielen.

H. W. Abelmann als Gast (Chicago) spricht über Opsonine. Je ein Volumen Serum, Bakterienaufschwemmung und gewaschene Leukozyten werden gemischt, für 15 Minuten in einen Brutofen mit 37° gestellt und hierauf mikroskopisch untersucht. Man findet nun, daß die Bakterien von den Leukozyten phagozitiert worden sind. Etwa zehn Bakterien werden von einem Phagozyten aufgenommen; dies ist nach Wright der phagozytische Index. Bei erwärmtem Serum oder bei Zusatz von Kochsalzlösung tritt keine Phagozytose ein. Das Serum muß daher einen Stoff enthalten, welcher die Bakterien für die Phagozytose geeignet macht; Wright nennt diesen Stoff Opsonin (von opsano = ich bereite die Mahlzeit). Bei Kranken ist der opsonische Index des Serums herabgesetzt, bei Personen, welche durch Opsonotherapie geheilt worden sind, ist er beträchtlich erhöht. Die Opsoninbestimmung ist ein feines und zuverlässiges diagnostisches Mittel. Einstich ins Ohrläppchen oder Finger und Stehenlassen des Blutes genügt, um das Serum zu erhalten. Die Leukozyten gewinnt man in der Weise, daß man 10 bis 12 Tropfen Blut in einer Eprouvette, in welcher sich 85%ige Kochsalzlösung mit 1·5%igem Natriumzitrat befinden, auffängt und durch Zentrifugieren sedimentiert. Es setzen sich am Boden der Eprouvette die Erythrozyten als rote Schichte, über diesen die Leukozyten als weißliche Schichte ab; diese wird abgehoben. Eine Bakterienaufschwemmung erhält man durch Abspülen von Bakterien mit 85%iger Kochsalzlösung vom Nährboden. Staphylokokkenkulturen sollen nicht älter als zwei Tage, Streptokokkenkulturen nicht älter als sechs Tage sein. Den opsonischen Index findet man, indem man je ein Volumen des dargestellten Serums, der Leukozyten- und Bakterienaufschwemmung mittels einer eigenen Pipette aufzieht und durch wiederholtes Ausblasen auf einen Objektträger und Wiederaspirieren mischt. Dann wird das Gemenge in die Pipette aspiriert, letztere zugeschmolzen und für 15 Minuten in einem Brutofen bei 37° Temperatur stehen gelassen. Dann wird der Inhalt auf einen Objektträger ausgeblasen, mit 7%iger $HgCl_2$-Lösung fixiert im Wasser abgespült, durch eine Minute mit erwärmtem Karbolfuchsin gefärbt, in Wasser abgespült, mit 2·5%iger Schwefelsäure entfärbt, mit Wasser abgespült, schnell mit einer 5%igen Essigsäure abgewaschen, um die Erythrozyten zu entfernen, mit Wasser abgespült und mit Methylenblau (Methylenblau $\frac{1}{2}$%, Na_2CO_3 $\frac{1}{2}$%, Aq. dest. 99%) gefärbt. Dabei färbt sich das Protoplasma lichtblau. Jetzt werden die Bakterien, welche von den Leukozyten aufgenommen wurden, gezählt, und zwar handelt es sich um die Bakterien, welche in 100 polymorphkernigen Neutrophilen gefunden werden. Die Division der gefundenen Bakterienzahl durch 100 ergibt den phagozytischen Index.

Berthold Sperk und Anton Gohn zeigen anatomische Präparate von Tuberkulose des lymphatischen Apparates. Die Präparate stammen von einem drei Monate alten Kinde. Trotzdem das Kind schon drei Stunden nach der Geburt von der schwer tuberkulösen Mutter getrennt wurde, war die Infektion bereits erfolgt. *i. m.*

IV. Literatur.

Anleitung zur Diagnostik der Magen-, Darm- und Konstitutionskrankheiten. Ein Leitfaden für Studierende und Ärzte. Von Dr. Gaston Graul. Mit 1 Tafel und 4 Abbildungen im Texte. Würzburg. A. Stubers Verlag (Kurt Kabitzsch). 1907.

In diesem Buche ist die Diagnostik der Magenerkrankungen sehr ausführlich, die der Darmerkrankungen etwas stiefmütterlich, die der Konstitutionskrankheiten mit einigen Worten abgetan. Graul ist sehr fleißig und belesen, benutzt die in letzterer Zeit über sein engeres Thema — Magenerkrankungen — erschienenen Arbeiten, so daß seine Diagnostik den Wert hat, auf knappem Raum die modernen Ansichten zu bringen. Er läßt den nervösen Magenkrankheiten viel Spielraum, nach des Referenten Ansicht vielleicht ein wenig zu viel; es ist schließlich Sache des Eindrucks oder wenn man will, der glücklichen Hand in Diagnostik und Therapie, ein wie großer Prozentsatz von Magenerkrankungen der Diagnose „Nervöse Dyspepsie“ oder dergleichen zum Opfer fallen.

V. Aus der Praxis.

Ein Beitrag zur Behandlung der Zystitis. Von Dr. Josef Bodenstein, Selzthal. (Deutsche Medizinische Presse 1907, Nr. 24.)

Die akute und chronische Zystitis ist eine Affektion, deren rationelle und einwandfreie Behandlung große Ansprüche an die Erfahrung und Fürsorglichkeit des Arztes stellt. Nil nocere ist hiebei der oberste Grundsatz. Im ersten Stadium der akuten Zystitis muß man von jeder Lokalbehandlung unbedingt absehen und sich auf innere Medikamente und allgemeine Maßnahmen beschränken. Von den inneren Medikamenten ist die offiziell empfohlene Salizylsäure sowie Salol fast ganz verlassen. Auch die Balsamika werden wegen ihres magenverstimmenden Einflusses nicht gern gegeben. Uro-



tropin wirkt auf die Klärung des Urins oft überraschend schnell, ist aber auch nicht ganz frei von Nebenwirkungen.

Den immensen Vorzug, völlig frei von jeder unerwünschten Nebenwirkung zu sein, hatt allein Arhovin aufzuweisen, dessen positive Wirkungsweise den anderen Harn-Antiseptizis an Intensität mindestens gleichkommt.

Arhovin erhöht, wie sämtliche bisherigen Untersucher einmütig bestätigen, die Azidität des Urins, verleiht ihm gegen die Bakterien, besonders gegen Gonokokken, entwicklungshemmende Eigenschaften, wirkt beruhigend und anästhesierend auf den ganzen Urogenitaltraktus. In dieser Richtung ist sein Einfluß von ganz besonderer Promptheit und Deutlichkeit. Fast alle Fälle heilten ohne Lokalbehandlung aus, Schmerz und Harndrang ließen nach 1—2 Tagen nach, Urin mit dickem Bodensatz von Schleim und Eiter wurde in 8 bis 14 Tagen ganz klar, Fieber schwand gewöhnlich schon am dritten Tage.

Die Diurese suchte B. durch Verabreichung von Herba Herniariae oder einem ähnlichen Tee anzuregen und sieht ebenso wie v. Zeisel hierin eine gute Unterstützung der Behandlung.

Auf Grund seiner Erfahrung bezeichnet B. Arhovin als ein ausgezeichnetes, vielleicht das beste Antizystitikum, das wir besitzen; er wendet in jedem Falle von akuter und chronischer Zystitis in einer Dosis von 3mal täglich 1 bis 2 bis 3 Kapseln an.

Meningokokken-Serum nach Jochmann, zur Behandlung der epidemischen Meningitis cerebrospinalis (Genickstarre).

Dieses Serum wurde auf Veranlassung von Privatdozent Dr. Jochmann, Breslau, (cf. Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 20) zuerst in der Serumabteilung unter Leitung von Dr. med. G. Landmann hergestellt und im Anfange des vorigen Jahres in Verkehr gebracht. Es ist ein bakteriolytisches Immunserum, dessen Darstellung davon ausgeht, daß nach den neueren Forschungen der Weichselbaumsche Diplococcus intracellularis als alleiniger Erreger der epidemischen Genickstarre in Betracht kommt. Zur Gewinnung des Serums werden Pferde, Hammel und Ziegen mit einer möglichst großen Anzahl verschiedener echter, aus Lumbalflüssigkeit frisch gezüchteter Stämme behandelt, und zwar werden den Tieren zunächst subkutan, dann intravenös allmählich steigende Mengen abgetöteter und später lebender Kulturen injiziert.

Das so erhaltene polyvalente Meningokokkenserum besitzt hohen Agglutinationswert und ermöglicht es, echte und unechte Stämme mit Sicherheit voneinander zu unterscheiden. Es findet u. a. im Hygienischen Institut der Universität Breslau (Geheimrat Flügge) bereits seit längerer Zeit als Textserum bei der Untersuchung eingeschickter Sekretproben Verwendung.

Typhus-Galleröhren Kayser-Conradi.

Auf Veranlassung des Oberarztes Herrn Dr. H. Kayser, kommandiert zum Hygienischen Institute der Universität Straßburg, bringt M. im Anschlusse an dessen klinische Versuche (medizinische Klinik in Straßburg) zugleich im Einverständnisse mit Herrn Dr. H. Conradi, welcher das Prinzip einer Blutanreicherung durch Galle zuerst ausgesprochen und angewandt hat, unter dem Namen „Tyyphus-Gallenröhren Kayser-Conradi" ein Präparat in den Handel, welches die Reinzüchtung von Typhus- und Paratyphusbazillen aus dem Blute des Patienten in den ersten Krankheitstagen mit großer Sicherheit ermöglicht und sich durch Einfachheit der Handhabung sowie durch bequeme Transportfähigkeit auszeichnet. Es wurde festgestellt, 1. daß gewöhnliche Rindergalle, zweckmäßig sterilisiert und in nicht zu kleinen Mengen angewendet, ein vorzügliches Anreicherungsmittel auch für nur wenige im kranken Blute befindliche Bazillen darstellt, 2. daß in der ersten Typhuswoche, fast bei jedem Untersuchten genügend

Typhusstäbchen in zirka 2.5 cm^3 Blut vorhanden sind, um aufs leichteste mit Hilfe der Galle nachgewiesen werden zu können. Auch später gelingt die Züchtung noch in einer hohen Prozentzahl der Fälle.

VI. Notizen.

Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen jener Mitglieder des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, welche in die Witwen- und Waisensozietät nicht einverleibt waren, hielt am 17. Jänner 1908 seine ordentliche Generalversammlung ab, in welcher der Präses, Herr Dr. Anton Khautz von Eulenthal sen. den Rechenschaftsbericht erstattete, den Mitgliederstand bekannt gab und in kurzen Worten der im Jahre 1907 verstorbenen Mitglieder und Gönner gedachte. In Vertretung des verhinderten Kassaverwalters Herrn Apotheker K. Lamatsch verlas Bezirksarzt Dr. Jul. van Linthoudt den von den Herren Rechnungsrevisoren geprüften und richtig befundenen Kassabericht pro 1907, aus dem zu ersehen ist, daß die Gesamteinnahmen K 11.406·79 betragen, während die Gesamtausgaben sich auf K 11 212·29 beliefen, so daß ein Saldo von K 194.50 pro 1908 verbleibt. An Unterstützungen konnten K 8426 an 27 Witwen und 19 Waisen verteilt werden. Sodann wurde Herr Dr. Anton Khautz v. Eulenthal sen. zum Präses, Herr Ober-Sanitätsrat Dr. Hugo Ritter v. Britto und Herr Dr. Friedrich Kailbach zu Direktionsausschüssen auf je drei Jahre, Herr Dr. Johann Eschig als Direktionsausschuß auf ein Jahr und Herr Dr. Emanuel Cimler als Ersatzmann auf ein Jahr gewählt. Dem krankheitshalber aus der Direktion ausgetretenen Herrn Hofrat Prof. Dr. Franz Mraček wurde einstimmig der Dank für seine Tätigkeit ausgesprochen.

Wien: Internationaler Laryngo-Rhinologen-Kongreß. Vom 21. bis 25. April d. J. wird hier der erste internationale Laryngo-Rhinologen-Kongreß tagen, der mit einer Feier für Türk und Czermak und mit einer wissenschaftlichen Ausstellung verbunden sein wird. Erzherzog Franz Ferdinand hat das Protektorat dieses Kongresses übernommen und dem Senior der österreichischen Laryngologen v. Schrötter wurde das Ehrenpräsidium übertragen. Referate werden erstatten: Semon (London), Fränkel (Berlin), Lermoyez (Paris), Gleitsmann (New York), Heryng (Warschau), Burger (Amsterdam), Gradenigo (Turin), Onodi (Budapest), Kuhnt (Königsberg), Jourasz (Heidelberg). Vorträge haben angemeldet: Gluck (Berlin), Heymann (Berlin), Heryng (Warschau), Flatau (Berlin), Großmann (Wien), Baumgarten (Budapest), Imhofer (Prag), Massei (Neapel), Denker (Erlangen), Oller (Barcelona), Killian, v. Eicken, Brünings (Freiburg i. Br.), Nägeli-Aekerblom (Genf), Stern (Wien), Glas (Wien), Kraus (Wien). Ullmann (Wien), Katzenstein (Berlin), Sedziak (Warschau), Blau (Görlitz), Réthi (Wien), Onodi (Budapest), Marquis (Chicago), Brieger (Breslau), Möller (Kopenhagen), Struycken (Breda), Mayer (Graz), Hajek (Wien), Kanasugi (Tokio), Vohsen (Frankfurt a. M.), Moure (Bordeaux), Fein (Wien), Koschier (Wien), Schiffers (Liège), Hennig (Königsberg), Mahu (Paris), Tapia (Madrid), Vedova (Mailand), Weil (Wien), Harmer (Wien), Cauzard (Paris), Kahler (Wien), Löwe (Berlin). Clerc (Mailand), Pardi (Mailand), Scheier (Berlin), Texier (Nantes), Mermod (Lausanne). Bezüglich Anfragen usw. wende man sich an Prof. O. Chiari oder Prof. M. Großmann, Wien.

VII. Offene Stellen.

Am Rathschen allgemeinen öffentlichen Krankenhause in Baden bei Wien ist die Stelle je eines **Sekundararztes** 2. und 3. Klasse zu besetzen. Mit diesen Stellen ist für die 2. Klasse ein Monatsgehalt von K 140, für die 3. Klasse ein Monatsgehalt von K 120, ferner für jede der beiden Stellen freie Wohnung nebst Beheizung und Beleuchtung und das Recht zum Bezuge der Naturalkost gegen Ersatz der festgesetzten Regiepreise, endlich nach zufriedenstellender Dienstleistung die Vorrückung in die 1. bezw. in die 2. Klasse verbunden. Die Ausübung der Privatpraxis ist untersagt. Gesuche wollen an den Stadtvorstand in Baden gerichtet werden. Auskünfte erteilt der leitende Arzt Herr Primararzt Dr. Gustav Jägermayer täglich vormittags im Krankenhause und der Referent für Krankenhausangelegenheiten Herr G. R. Josef Kollmann in Baden, Pfarrgasse Nr. 3.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/$_1$, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/$_1$, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 7. Wien, 15. Februar 1908. Nr. 7.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Aus der Abteilung des Hofrates Prof. W. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Scoliosis lumbagica.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka**.

Die Scoliosis ischiadica oder, wie sie mitunter unrichtig auch als Ischias scoliotica (Kocher, Hoffa) bezeichnet wird, ist eine nicht gerade seltene Begleiterscheinung der Ischias. Hoffa waren im Jahre 1902 bereits weit über 100 Fälle bekannt. Weniger häufig ist eine Skoliose, welche sie im Anschlusse an eine Lumbago entwickelt. Solche Fälle von Skoliose auf der Basis einer Lumbago sind in der Regel chronisch und die Lumbago muß schon, wie von vornherein klar ist, einen sehr intensiven Grad erreicht haben, um zu einer bedeutenderen skoliotischen Deformation der Wirbelsäule Anlaß zu geben.

Da ähnliche Fälle in der Literatur (Braun, Hoffa, Erben, Higier, Guse, Sachs, Vulpius u. a.) ziemlich selten sind und wohl wegen der Alltäglichkeit der sonst harmlosen Lumbago zumeist nur nebenbei erwähnt werden, so dürfte es wohl am Platze sein, wenn wir zwei typische Fälle, welche zu gleicher Zeit auf der Abteilung des Hofrates Prof. Winternitz der allgemeinen Poliklinik Aufnahme fanden, vorführen und analysieren.

1. Der erste Pat. Ch. F., 44 Jahre alt, verheiratet, Schlosser aus Wien, arbeitet seit einigen Jahren in einer zugigen Werkstätte der Südbahn. Vor zwei Jahren verspürte er in der rechten Lendengegend plötzlich einen heftigen Schmerz, welcher anfangs nach Gebrauch von Dampfbädern etwas nachließ, sich jedoch immer wieder einstellte, weil er seine zugige Arbeitsstelle behielt. Unter stets steigender Zunahme der Schmerzhaftigkeit pflanzten sich die Schmerzen auch auf die andere Seite, auf das Kreuz, ja fast bis zu dem Nacken fort. Da er hiedurch in seiner Arbeit stark behindert wurde, gebrauchte er gegen diesen Zustand die verschiedensten Kuren (Elektrizität, Einreibungen, Räucherungen, heiße Bäder, Magnetotherapie usw.), doch stets mit einem unvollkommenen Erfolge. Im Gesäße oder in der Regio ischiadica sind die Schmerzen niemals aufgetreten. Im Oktober vorigen Jahres bemerkte seine Umgebung, daß er sich beim Gehen schief halte. Vor drei Wochen nisteten sich die Schmerzen auch auf der Vorderfläche des rechten, dann des linken Oberschenkels ein und waren von hier durch kein Mittel wegzubringen. Er wurde endlich unfähig, stehend zu arbeiten. Da er mit der Zeit ein ständiger Besucher der ärztlichen Wartezimmer geworden ist, sah man ihn schließlich als Simulanten an. Einer von den Ärzten wendete von Zeit zu Zeit Morphiuminjektionen an, aber auch diese verschafften ihm nur eine temporäre Erleichterung; selbst eine mehrtägige Enthaltung von der Arbeit blieb ohne den gewünschten Erfolg.

Status präsens: Pat. ist von kleiner, gedrungener Gestalt; kräftiger Knochenbau, Muskulatur gut entwickelt, dürftiger Panniculus adiposus. Innere Organe normal. Es besteht beiderseits ein mäßiges Genu varum sowie ein starker Plattfuß zweiten Grades, gegen welchen Pat. bisher nichts unternommen hat. Bei jeder Körperstellung, am besten jedoch im entkleideten Zustande von rückwärts, bemerkt man sofort eine auffällige Schiefhaltung des Rumpfes, welche der Pat. auch auf wiederholtes Anrufen kaum auszugleichen imstande ist und in welche er immer wieder zurückfällt.

Bei der Rückenansicht sieht man deutlich, wie die linke Schulter tiefer steht als die rechte, ferner wie die Richtung der Medialränder der beiden Schulterblätter parallel miteinander nach links unten geneigt ist. Die Wirbelsäule weist im Bereiche des Brust- und Lendensegmentes eine unten zuerst sanft, dann jedoch gegen den Nacken stärker ausgesprochene dextrokonvexe, also mit ihrer Konvexität gegen die kranke rechte Seite gerichtete Totalkrümmung auf, dieselbe erstreckt sich bis zur Höhe der obersten Brustwirbel. Der linke Seitenrand des Brustkorbes erscheint infolge dieser Krümmung des Rumpfes stärker gekrümmt als jener der rechten Seite, welcher beinahe geradlinig gegen den Oberschenkel abfällt. Es würde demnach das bekannte seitliche Dreieck links größer sein, wenn seine Arme dem Leibe anliegen würden. Eine solche Körperstellung ist bei dem Pat. jedoch wegen der hieraus entstehenden Schmerzen derzeit unmöglich.

Auf der Höhe des fünften Lendenwirbels befindet sich ein auch auf leisen Fingerdruck äußerst schmerzhafter Punkt, so daß wegen Verdachts auf Spondylitis eine radio-



logische Durchleuchtung unternommen wird. Dieselbe ergibt jedoch ein absolut negatives Resultat. Nicht weit von dieser Stelle und zwar etwa in der Mitte zwischen ihr und der Spina post. sup. sin. befindet sich ebenfalls ein schmerzhafter Druckpunkt, wobei sich im Vergleiche zur rechten Seite eine deutliche Differenz in der Palpabilität der Proc. transversi nachweisen läßt; ob dies von einer Verdickung oder von etwaigen Exkreszenzen herrührt, läßt sich hiedurch nicht entscheiden; ebenso wenig gibt das Radiogramm einen befriedigenden Aufschluß. Ferner läßt sich eine Rotation des Rumpfes im Sinne der Konvexität wahrnehmen. Der eigentliche Sitz der Lumbago ist im rechten Lendenmuskel.

Die Hüften stehen nur scheinbar ungleich, denn die Messung der Distanz vom Hüftbeinkamme und Trochanter zum Boden ergibt gleiche Verhältnisse. Die scheinbare Differenz ist auf eine starke Muskelkontraktion des linken M. lumbosacralis zurückzuführen, über dessen Ausbreitungsgebiete sich die Haut in starke Falten legt und eine erhöhte Empfindlichkeit aufweist. Diese Falten ziehen von einem etwa über der Mitte des Hüftbeinkammes gelegenen Punkte strahlenförmig gegen die Wirbelsäule.

Bei einem Drucke mit der flachen Hand auf den Kopf verspürt der Pat. keinen, dagegen beim Drücken auf die Schultern einen heftigen Schmerz in der Kreuzgegend und in den Seiten, und zwar mehr rechts als links. An der Austrittsstelle des N. ischiadicus besteht keine Schmerzhaftigkeit, dafür jedoch Hyperästhesie im Ausbreitungsgebiete des N. cutaneus femor. ext., und zwar bedeutend mehr rechts als links. Hier pflegen mitunter auch spontan Schmerzen aufzutreten, doch steigen sie nicht höher als bis zur Leistengegend. Am Valleixschen Glutealpunkt sind keine Schmerzen nachweisbar, ebenso fehlt das Montardsche Symptom. Stützt sich der Pat. mit den Händen auf eine Tischkante und versucht er (allerdings unter heftigen Schmerzen) so den Körper zu heben, so verschwindet sofort die Skoliose, ebenso in der Bauchlage.

Pat. ist nicht imstande, sich selbst an- und auszukleiden; ebenso wenig vermag er sich aus der sitzenden oder knienden Lage vom Boden ohne großen Schmerz zu erheben. Er sucht dies in der Weise zu erreichen, indem er gerade so, wie Kranke bei Dystrophia musculorum progressiva, auf den eigenen Unter- und Oberschenkeln hinaufklettert. Das Rückwärtsbiegen des Rumpfes ist beinahe undurchführbar, das Neigen desselben in die Frontalebene nach rechts ganz unmöglich. Der linke M. lumbodorsalis springt stärker hervor als der rechte.

Während seines dreiwöchentlichen Aufenthaltes im Krankenhause wies der Pat. niemals eine Steigerung der Temperatur auf. Puls und Respiration blieben stets normal, ebenso die Stuhlentleerung. Im Urin kein Eiweiß.

(Fortsetzung folgt.)

I. urologischer Kongreß in Wien.

(Fortsetzung.)

Rhuphos von Ephesus erwähnt zuerst die bimanuelle Untersuchung. Nachdem der Patient die Rückenlage eingenommen hat, läßt man ihn die Beine soviel als möglich zurückbeugen, führt den Finger der linken Hand möglichst weit in den Mastdarm ein und untersucht hierauf mit demselben die Blasenwand, während ein anderer den Unterleib abwärts drückt, bis man den harten Körper (Stein) findet.

Galen nennt den Harn ein Absonderungsprodukt, welches bei der Blutbildung in der Leber entsteht, von den Nieren ausgeschieden und durch die Blase entleert wird. Er soll, um die Ausscheidung des Urins durch die Nieren darzutun, die Unterbindung der Ureteren vorgenommen haben. Galen kennt die Strangurie und die Harnverhaltung; als Ursache letzterer führt er Entzündung, Krebs, Verschwärung, Blutgerinnsel, Lähmung der Blase und Steinleiden an. Der zeitweilige Vorfall des Steines vor das Orificium internum als Veranlassung einer temporären Harnretention ist ihm nicht entgangen. Er unterscheidet angewachsene und bewegliche Steine und übt, wie Rhuphos, die bimanuelle Untersuchung. Die Nierenkolik schildert er in ähnlicher Weise wie Hippokrates. Zur Differentialdiagnose zwischen Nieren- und Darmkolik dienen ihm Abführmittel. Er weiß auch, daß Nierensteine und gichtische Ablagerungen miteinander in Zusammenhang stehen und berücksichtigt bei der Schilderung der Gicht besonders die Beschaffenheit des Harnes. Er erwähnt ferner das häufige Vorkommen von Blasensteinen bei Knaben. Die Wassersucht bringt er auch mit chronischen Nierenleiden in Konnex und erklärt, daß Nierenleiden oft außerordentlich langwierig seien und das ganze Leben hindurch andauern können.

Bei Aëtius, Paul von Aegina und Alexander von Tralles finden sich Schilderungen von Blasen- und Nierenleiden meist nach Galenischem Vorbilde. Letzterer sucht der Differentialdiagnose zwischen Blasen- und Nierenleiden näherzutreten und sagt: Strangurie deute gewöhnlich auf einen Krankheitssitz in der Blase. Enthält der Harn dabei Eiter, so sind Geschwüre in der Blase vorhanden, wenn sich aber in der Gegend der Blase weder Schmerz noch Geschwulst noch Spannung zeigt, so hat das Leiden seinen Sitz in den Harnleitern oder Nieren. Er konstatiert bei eiterigen Nierenentzündungen Fieber, die charakteristischen Schmerzen und Frostanfälle, beim Liegen auf der gesunden Seite empfinde der Kranke ein Gefühl von Schwere und jede Bewegung steigere den Schmerz. Auch die Beschaffenheit des Urins sucht Alexander Trallianus für die Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen der Blase und der Nieren heranzuziehen. Sehr genau schildert er die Nierenkolik bei Calculosis renalis.

Während die Autoren des klassischen Altertums zwar auf die Urinuntersuchung Wert legten, aber ohne in Einseitigkeit zu verfallen und die übrigen Symptome zu vernachlässigen, wurde in den späteren Jahrhunderten das Examen des Urins als die eigentliche Basis der ärztlichen Kunst betrachtet. Der mittelalterliche Arzt war geradezu Urologe, nur die Pulsuntersuchung spielte neben der Harnuntersuchung noch eine (oft untergeordnete) Rolle. In dieser Zeit entstanden zahlreiche Werke über Uroskopie. Schon Magnus aus Antiochia (4. Jahrh.) oder Magnos von Emesus (6. Jahrh.) verfaßte ein solches Werk, welches jedoch verloren gegangen ist. Hingegen ist ein Traktat von Theophilos (7. Jahrh.) erhalten, welches auf Hippokratischen und Galenschen Lehren aufgebaut ist. Theophilos stützt sich auf die Theorie Galens, wonach der Harn aus dem Blute der unteren Hohlvene sezerniert werde.

Johannes Aktuarios faßte nicht nur die Leistungen der Vorgänger (Hippokrates, Galen, Magnos und Theophilos) zusammen, sondern unterwarf sie einer scharfen Kritik und vermehrte die Kenntnisse durch viele eigene Beobachtungen. Die Harnbereitung faßt er im Sinne des Theophilos auf, die Veränderungen, welche der Harn durch die Affektionen der einzelnen Organe erleide, erklären sich aus der Sympathie. Er unterscheidet 14 Farben des Urins, beobachtet den Bodensatz, das Enäorem und die Nubekula und zieht aus den gemachten Erfahrungen Schlüsse im Sinne der Humoralpathologie. Zur Untersuchung verwendete er ein Harngefäß aus weißem Glase und teilte dasselbe in elf Grade. Der Bodensatz nimmt die vier untersten Grade ein, das Enäorem den sechsten, siebenten und achten, die Wolke den zehnten und elften Grad. Der fünfte und neunte bildet den Zwischenraum zwischen Bodensatz und Enäorem, beziehungsweise zwischen diesem und der Wolke. Johannes Aktuarius gibt bei jedem der 14 Arten des Urins die pathologische Bedeutung an. Unter anderem kennt er den wasserhellen Urin bei krampfhaften Leiden.

Die arabische Literatur stützte sich größtenteils nur auf die antike, entwickelte aber die Uroskopie zu unglaublicher Subtilität. Wir finden deshalb bei den Arabern verhältnismäßig wenig Neues oder Originelles. Rhazes handelt über Nieren- und Blasensteine, unterscheidet Darm- und Nieren-



kolik. Isaac ben Soleiman schrieb ein im Mittelalter viel benütztes Buch über Harnschau, bei Abul Kasim finden wir Angaben von Einspritzungen in die Blase.

Die Schule von Salerno zeitigte mehrere Schriften über den Harn, z. B. die „Regulae urinarum" des jüngeren Johannes Platearius, „de urinis" des Archimatthaeus (11. Jahrh.), das Kompendium des Magister Urso (12. Jahrh.), worin Farbe und Dichte des Harnes zur Diagnose verwendet wurde. Am berühmtesten waren aber die „Regulae urinarum" des Magisters Maurus (12. Jahrh.). Dieser unterscheidet 19 Farben des Urins. Daneben wurde Menge und Konsistenz beobachtet. Alle Zeichen werden auf Wärme oder Kälte, Trockenheit oder Feuchtigkeit des Organismus bezogen.

Die Schrift des Johannes Aktuarios stellt die Uroskopie auf der Höhe ihrer Entwicklung dar, verdrängte aber erst spät das Buch Isaacs ben Soleiman. Welche Bedeutung der Harnschau im Mittelalter zukam, kann man aus zahlreichen Werken der bildenden Künste ersehen, in denen der Arzt stets mit dem Uringlase in der Hand abgebildet wird. Schon in den Darstellungen der ärztlichen Schutzpatrone, der Heiligen Kosmas und Damian, findet sich das Uringlas als Hauptzeichen der ärztlichen Kunst. Ja, das Harngefäß ist in das Wappen der ärztlichen Zunft als integrierender Bestandteil aufgenommen. Auch in der Literatur jener Zeit spielt die Harnschau eine gewisse Rolle, welche bis weit ins 17. Jahrhundert hineinreicht. Shakespeare setzt „Harnmonarch" gleichbedeutend mit Arzt.

(Fortsetzung folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Die bisherigen Mißerfolge der Tuberkulinbehandlung sind darauf zurückzuführen, daß man keine wissenschaftlichen Anhaltspunkte für die Größe der Dosis, die meist zu groß ausfiel, hatte. Ein solches Kriterium liegt eben in der Bestimmung des opsonischen Index vor, dessen Schwankungen maßgebend sind für die Dosis und den Zeitpunkt der Wiederholung der Injektion.

Lokale Drüsentuberkulosen heilten relativ rasch, ausgedehnte lupöse Hauterkrankungen langsamer, tuberkulöse Lungenerkrankungen wegen der dabei stets sich wiederholenden Autoinokulationen schwer. Auch die durch Bacterium coli, den Gonokokkus, Micrococcus neoformans und andere Bakterien verursachten Erkrankungen bieten ein günstiges Feld für die Vakzinotherapie Wrights.

Über das Luftbad sprach Dr. Grabley, Dresden.

Die physikalische Therapie ist so alt wie die Medizin überhaupt. Man denke nur an die Einrichtungen für Bäder und Sonnenbäder in den römischen Häusern (Solarien). Zu den bedeutendsten Vorläufern der späteren Zeit gehört Hufeland. In den modernen Werken über diese Heilmethoden wendet sich das Hauptinteresse dem Licht zu. Das tragende Mittel dieser Lebensenergie, die Luft, wird weniger gewürdigt. Der Temperaturreiz, der im Luftbad auf die Vasomotoren zur Einwirkung kommt, dient der Wärmeregulierung. Das von den inneren Organen und Schleimhäuten nach der Körperoberfläche strömende Blut gleicht kongestive Zustände in diesen Organen aus und dient bei der Durchblutung der Hautgefäße und der Hautdrüsen, der Hautatmung und der Hautsekretion. Mit der Hautatmung und Ausscheidung steigt der Stoffwechsel. Durch die lebhaftere Körperbewegung im Luftbad, Freiluftgymnastik, wird die Lungenatmung vertieft. Es steigt die Körpertemperatur im Luftbad. Die Luft ist ein schlechter Wärmeleiter, infolgedessen ist die Abkühlung in Luftbädern bei weitem nicht so groß wie in gleich temperierten Wasserbädern. In der entarteten Haut des Kulturmenschen schlummern tausendfache Nervenorgane, die unter den Adaptionen an das adäquate Medium zu neuem Leben erwachen und damit Schutzorgane des Körpers bilden. Gleichzeitig kommt im Luftbad das Licht auf unsere Körperoberfläche zur Einwirkung. Nach therapeutischer Erfahrung wirkt das Luft-Lichtbad auch als Blutbildner, es ist auch als Nerventonikum, Stoffwechselagens und Blutbildner aufzufassen; infolgedessen ist seine Anwendung bei der Behandlung der Stoffwechselkrankheiten (Gicht, Diabetes, Fettsucht), der Konstitutionskrankheiten (Tuberkulose), alter Syphilis, Malaria, der Neurasthenie und der chronischen Blutveränderungen verständlich. Besonders charakteristisch tritt die therapeutische Einwirkung des Luftbades bei der Behandlung der Neurasthenie, der Chlorose und Anämie zutage. Die Wirkungen des Luftbades sind natürlich abhängig von der Technik. Im allgemeinen lasse man Luftbäder nur bei trockener Witterung vornehmen und den Anfänger sich allmählich trainieren; besonders bei kühler Witterung muß für eine ausgiebige Körperbewegung gesorgt werden durch leichte Gymnastik. Man vermeide da aber alles Zuviel. Lieber kürzere Zeiten! Ebenso wie man vor einem Zuviel in der Besonnung warnen muß, da diese erfahrungsgemäß nervöse Menschen erregt.

Hautkrankheit der Säuglinge.

Dr. Leiner, Wien, berichtet über eine eigenartige universelle Hauterkrankung des Säuglingsalters, die schon deshalb besonderes Interesse beansprucht, weil fast nur ausschließlich Brustkinder von ihr betroffen werden, die durch diese Erkrankung in ihrer Entwicklung häufig geschädigt werden, ja sogar in einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz an dieser Dermatose zugrunde gehen. In den letzten fünf Jahren beobachtete Leiner 43 Fälle, darunter waren 41 Brustkinder, 2 künstlich genährte Kinder. Geheilt wurden 28, 15 erlagen der Krankheit. Die Dermatose beginnt gewöhnlich zu Ende des ersten oder im zweiten Lebensmonate mit erythematösen Flecken am Stamme oder seborrhoischen Veränderungen am Kopfe. Innerhalb weniger Tage breitet sich die Krankheit über den ganzen Körper aus. Die übrigen Organe zeigen normales Verhalten; nur von seiten des Magendarmtraktes liegen Störungen vor, die durch ihr regelmäßiges Vorkommen auf eine gewisse Zugehörigkeit zum Krankheitsbilde hinweisen.

Herzfehler und Krankheiten des Gehirnes im Kindesalter.

Das gleichzeitige Vorkommen angeborener Mißbildungen ist nach Dr. Neurath, Wien, eine längst bekannte Tatsache, deren Erklärung uns erst ein genauer Einblick in das Leben von der Geburt bringen kann. Wir werden dann vielleicht, wofür wir in der Pathologie gewisse Ansätze haben, eine gewisse Abhängigkeit der Organe und ihrer Funktionen in der vorgeburtlichen Entwicklungsepoche erkennen können. Die Beobachtung einer kleinen Reihe von Fällen, in denen einerseits angeborene Herzfehler, andererseits angeborene Gehirnleiden sich fanden, schien dem Vortragenden verlockend, in Anlehnung an die überraschend kleine Auslese der einschlägigen Literatur, dieser Kombination beider Affektionen für die Erklärung des Zustandekommens der angeborenen und nach der Geburt erworbenen Hirnlähmungen des Kindesalters zu verwerten. Es ergab sich, daß entweder beide Organe in ihrer Entwicklung Schaden genommen haben oder vor der Geburt überstandene Krankheiten die Organe geschädigt haben können. Außerdem können aber auch angeborene Herzfehler noch viele Jahre und Jahrzehnte nach der Geburt zu Hirnkrankheiten eine Disposition schaffen.

Röntgenologische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.

Privatdozent Dr. A. Schüller aus Wien hielt einen durch Vorführung zahlreicher Abbildungen illustrierten Vortrag über röntgenologische Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Die Röntgenstrahlen bieten heutzutage nicht bloß ein unentbehrliches diagnostisches Hilfsmittel zur Lokalisation von Fremdkörpern im Gehirn, insbesondere von Projektilen; auch bei allen Hirnkrankheiten, welche mit Veränderungen des Schädels einhergehen, lassen sich charakteristische Befunde am Röntgenbilde feststellen. Brüche des Schädels infolge der Einwirkung stumpfer Gewalt, Verdickungen und Verdünnun-



gen der Schädelkapsel bei Geschwülsten derselben und des Gehirns, Erkrankungen der lufthaltigen Nebenräume der Nase, welche häufig mit nervösen Störungen einhergehen, geben dankbare Objekte für die Röntgenuntersuchung ab. Auch bei Epilepsie gibt das Röntgenbild zuweilen interessante Aufschlüsse über Veränderungen des Schädels. Hinsichtlich ihrer Exaktheit reiht sich die röntgenologische Untersuchungsmethode den übrigen neurologischen Untersuchungsmethoden würdig an.

In der Abteilung für Veterinärmedizin berichtete Prof. Uhlenhutt, daß es mit einem von ihm hergestellten Serum gelingt, die gefährlichste aller Schweinekrankheiten, die Schweinepest, mit Erfolg zu bekämpfen; die Entdeckung verdient um so mehr Beachtung, als man seit langer Zeit vergeblich an der Bekämpfung der Schweinepest gearbeitet hat.

Das Sehen der niederen Tiere.

Prof. Hesse, Tübingen und Prof. Heine, Greifswald.

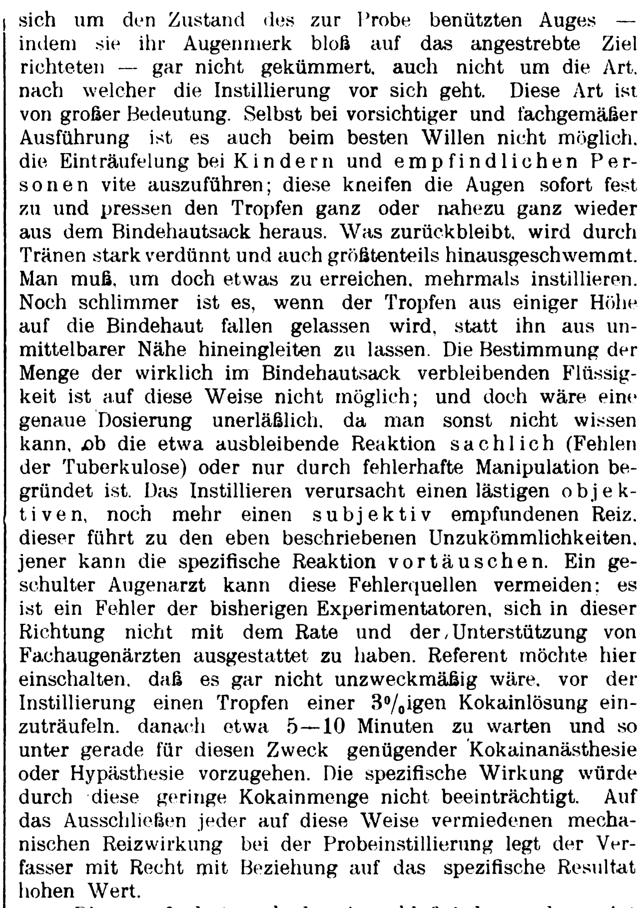
Wenn wir uns, führten die Vortragenden aus, eine Vorstellung von den verschiedenen Formen des Sehens bei Wirbeltieren und Kopffüßlern machen wollen, so könnnen wir als Maßstab die Brechungs- und Einstellungsverhältnisse, Refraktion und Akkomodation, zugrunde legen. Wie eine photographische Kamera, so ist auch das menschliche Auge stets nur für eine bestimmte Entfernung „eingestellt“. Das normale menschliche Auge in der Ruhelage für die Unendlichkeit. Näher gelegene Gegenstände gelangen erst dann zur scharfen Abbildung in der Netzhaut, wenn das Auge auf die geringere Entfernung eingestellt wird. Durch die Zusammenziehung eines im Augeninnern gelegenen Ringmuskelsystems wird das Aufhängeband der Linse erschlafft. Dadurch nimmt diese stärkere Wölbung an und erhöht die Brechkraft des Auges. Bei der Erschlaffung der Muskel kehrt das Auge von selbst in seine Ruhelage, die Einstellung für die unendliche Form, zurück. Eine wesentliche Vervollkommnung erfährt der Organismus bei den Vögeln dadurch, daß das Muskelsystem im Auge kein glattes wie bei den Sängern, sondern ein quergestreiftes ist. Es wird dadurch ein weit schnellerer Wechsel in der Einstellung auf die verschiedensten Entfernungen ermöglicht. Einen anderen Einstellungsmechanismus finden wir bei vielen Reptilien. Durch die Zusammenziehung des Augenbinnenmuskels wird hier nicht eine Gestalts-, sondern eine Ortsveränderung der Linse hervorgerufen, indem sie bei Erschlaffung ihres Aufhängebandes durch den der Kugelgestalt zustrebenden Glaskörper nach vorne gestoßen wird. Bei den Schlangen ist auf diese Weise eine ausgiebige Akkomodation möglich. Bei einigen Nattern fand Beer eine Kombination beider geschilderten Mechanismen, indem bei der Akkomodation sowohl eine Wölbungszunahme wie auch ein Vorrücken der Linse stattfindet. Die Ausgiebigkeit der Einstellung wird dadurch wesentlich gesteigert. Ganz andere Verhältnisse finden sich bei den Fischen. Diese sind, wenn sich das Auge in Ruhe befindet, kurzsichtig, über Wasser sogar in enormem Maße. Unter Wasser verschwindet durch Wegfall der Hornhautwirkung die Kurzsichtigkeit zum größten Teile, doch bleibt noch ein gewisser Rest von Kurzsichtigkeit. Zieht ein Augenbinnenmuskel die kugelige Linse nach hinten, so wird das Auge dadurch aktiv für die Ferne eingestellt. Die Rückkehr in den Ruhezustand bewirkt wieder die Einstellung für die Nähe.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Über Nachteile und Gefahren der konjunktivalen Tuberkulinreaktion. Von Dr. Collin, Assistent der Universitäts-augenklinik in Berlin. (Medizinische Klinik 1908, Nr. 5.)

Endlich eine Äußerung aus ophthalmologischen Fachkreisen. Jeder Augenarzt wird sie unterschreiben. Man erfährt aus ihr, daß das mit kühner Unbefangenheit und Sorglosigkeit geübte Verfahren behufs Erzielung der Ophthalmoreaktion keineswegs ein vollkommen zuverlässiges und gänzlich ungefährliches ist. Die bisherigen Versucher haben



sich um den Zustand des zur Probe benützten Auges — indem sie ihr Augenmerk bloß auf das angestrebte Ziel richteten — gar nicht gekümmert, auch nicht um die Art, nach welcher die Instillierung vor sich geht. Diese Art ist von großer Bedeutung. Selbst bei vorsichtiger und fachgemäßer Ausführung ist es auch beim besten Willen nicht möglich, die Einträufelung bei Kindern und empfindlichen Personen vite auszuführen; diese kneifen die Augen sofort fest zu und pressen den Tropfen ganz oder nahezu ganz wieder aus dem Bindehautsack heraus. Was zurückbleibt, wird durch Tränen stark verdünnt und auch größtenteils hinausgeschwemmt. Man muß, um doch etwas zu erreichen, mehrmals instillieren. Noch schlimmer ist es, wenn der Tropfen aus einiger Höhe auf die Bindehaut fallen gelassen wird, statt ihn aus unmittelbarer Nähe hineingleiten zu lassen. Die Bestimmung der Menge der wirklich im Bindehautsack verbleibenden Flüssigkeit ist auf diese Weise nicht möglich; und doch wäre eine genaue Dosierung unerläßlich, da man sonst nicht wissen kann, ob die etwa ausbleibende Reaktion sachlich (Fehlen der Tuberkulose) oder nur durch fehlerhafte Manipulation begründet ist. Das Instillieren verursacht einen lästigen objektiven, noch mehr einen subjektiv empfundenen Reiz, dieser führt zu den eben beschriebenen Unzukömmlichkeiten, jener kann die spezifische Reaktion vortäuschen. Ein geschulter Augenarzt kann diese Fehlerquellen vermeiden: es ist ein Fehler der bisherigen Experimentatoren, sich in dieser Richtung nicht mit dem Rate und der Unterstützung von Fachaugenärzten ausgestattet zu haben. Referent möchte hier einschalten, daß es gar nicht unzweckmäßig wäre, vor der Instillierung einen Tropfen einer $3^{0}/_{0}$igen Kokainlösung einzuträufeln, danach etwa 5—10 Minuten zu warten und so unter gerade für diesen Zweck genügender Kokainanästhesie oder Hypästhesie vorzugehen. Die spezifische Wirkung würde durch diese geringe Kokainmenge nicht beeinträchtigt. Auf das Ausschließen jeder auf diese Weise vermiedenen mechanischen Reizwirkung bei der Probeinstillierung legt der Verfasser mit Recht mit Beziehung auf das spezifische Resultat hohen Wert.

Dieses erfordert auch den Ausschluß jeder anderen Art von artifizieller Beeinflussung des Injektionszustandes des Auges, wovon aber das Gegenteil eintreten muß bei Gegenwart von Follikeln oder wirklichem Trachom, aber auch von gewöhnlichem, selbst leichterem Bindehautkatarrh, besonders aber von Produkten phlyktänulärer Entzündung, lauter Umstände, welche bisher unberücksichtigt geblieben zu sein scheinen. Nicht nur beeinträchtigen diese die Reinheit und Verläßlichkeit der spezifischen Reaktion, sondern sie sind auch vom Standpunkte des Auges kontraindiziert; das Auge kann durch das Verfahren Schaden nehmen, was besonders von Wichtigkeit ist in Fällen, in denen bloß ein sehtüchtiges Auge vorhanden ist, während das andere durch allerlei am Äußeren des Auges nicht ohneweiteres erkennbare Zustände sehschwach ist.

Aber auch die Ungefährlichkeit des Verfahrens mit Beziehung auf das Probeauge läßt viel zu wünschen übrig. Verfasser weist auf die unangenehmen subjektiven Beschwerden, wie Lichtscheu, Jucken, Brennen, Fremdkörpergefühl, dann auf die lästige Sekretionsvermehrung hin, kurz auf den mehr weniger intensiven Bindehautkatarrh, der durch die Probeinstillierung hervorgerufen wird, aber auch auf die von diesem herrührenden kosmetischen Nachteile, sowie darauf, daß diese Katarrhe nicht immer schnell schwinden, sowie endlich auch, daß sie die Gefahren der randständigen Hornhautgeschwüre in sich schließen, die sogar zu Perforation führen könnten. Verfasser sah unter 30 Fällen von Ophthalmoreaktion fünf Fälle sehr schwerer, langwieriger Bindehautkatarrhe. In einem besonders bemerkenswerten, ein blühendes, gesundes, junges Mädchen betreffenden Falle kam es zu einer ungewöhnlich heftigen blennorrhoeartigen Erkrankung, wobei noch nach 5 Wochen deutliche Auflockerung und Rötung der Bindehaut des Unterlides bestand und wobei außerdem kleine helle transparente Follikel in der Augapfel-



bindehaut auftraten und die sulzig geschwollene Karunkel von zahlreichen graugelblichen Knötchen, die wie Tuberkel aussahen, durchsetzt war. Es ist also die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß es hier zur Bildung von Impftuberkulose kam. Jedenfalls hat in allen 5 Fällen durch die Tuberkulineinträufelung, die den Betroffenen als harmlose diagnostische Reaktion empfohlen worden war, eine nachhaltige ernstliche Schädigung der Augen mit mehrwöchentlicher Berufsstörung stattgefunden.

Verfasser gelangt zu folgendem Schlusse: „Unter Berücksichtigung aller hier besprochenen Verhältnisse sowie der mitgeteilten klinischen Erfahrungen, die bisher keineswegs vereinzelt dastehen, bin ich bei voller Anerkennung des wissenschaftlichen Wertes des neuen Verfahrens doch der Ansicht, daß die konjunktivale Tuberkulinreaktion in der Form und Dosierung, in der sie zurzeit Anwendung findet, keine Methode ist, die sich zur allgemeinen Einführung in die ärztliche Praxis eignet und die man unbedenklich dem praktischen Arzte in die Hand geben darf, für den ja das „non nocere“ nach wie vor oberster und vornehmster Grundsatz seines ärztlichen Handelns bleiben muß.“

S. Klein (Bäringer).

*

Zur Frage der Serumüberempfindlichkeit. Von R. Otto, Straßburg.

Durch die einmalige Vorbehandlung mit fremdartigem Serum wird der Organismus der vorbehandelten Meerschweinchen in der Weise umgestimmt, daß er auf die nach geeigneter Zeit erfolgende Reinfektion mit typischen, akut einsetzenden Krankheitserscheinungen reagiert. Diese Krankheitserscheinungen lassen sich auch bei normalen Tieren beobachten, wenn sie mit dem Serum derartiger Tiere vorbehandelt werden. Die durch die erste Infektion gesetzte „Überempfindlichkeit“ kann durch bestimmte, im Körper vorhandene Reste des Antigens abgeschwächt oder ganz verhindert werden, so daß eine scheinbare „Unempfindlichkeit“ resultiert. Die Dauer dieser Unempfindlichkeitsperiode ist abhängig von der Serumdosis bei der ersten Seruminjektion. (Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 34, 1907.)

*

Heilerfolg, Giftwirkung und opsonischer Index bei Behandlung mit Marmoreks Antituberkuloseserum. Von Gustav Baer, Davos.

Bei einem frischen Falle von Kniegelenkstuberkulose mit starken aktiven Erscheinungen wurde durch Anwendung des Marmorekserums der Prozeß zum Stillstand und zum Abklingen gebracht. Gegen Ende der Behandlung traten an den Fingern Schwellungen und urtikariaähnliche Ausschläge auf, ferner eine starke Benommenheit des Sensoriums. Die Erscheinungen gehen bis auf eine geringe Gedächtnisschwäche zurück. Bezüglich der Affektionen der Finger nimmt Autor an, daß die im rechten vierten und im linken dritten Finger beobachteten Störungen vom Knochen ausgehen; es ist nicht unwahrscheinlich, daß unter dem Einflusse der stürmischen Allgemeininfektion diese kleinsten bisher völlig latenten Herde aktiviert und allmählich manifest wurden. Die in der Haut und in den Gelenken sich manifestierenden Beschwerden mit zum Teile sehr protrahiertem Verlaufe müssen als durch die Serumwirkung hervorgerufen angesehen werden. Die Störung des Sensoriums, die sich zum Gehirnödem steigerten, sind als Serumkrankheit aufzufassen. Ferner fand Autor, daß durch Immunserum (Marmorekserum), das dem Serum eines Gesunden oder Tuberkulösen hinzugesetzt wurde, der opsonische Index um ein Mehrfaches gesteigert wurde. (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34, 1907.)

*

Die Behandlung der Epididymitis und der Bubonen mit Hyperämie. Von Dr. Karl Stern.

Von Epididymitis gonorrhoica kamen im ganzen 75 Fälle zur Behandlung. Abgesehen von einigen Versuchen im Anfange mit großen Sauggläsern, in die der Hoden ganz hineingesaugt wurde, ist in der überwiegenden Anzahl der Fälle die Stauung mittels Schlauch angewendet worden. Als Technik empfiehlt St. die folgende: Während ein Wärter oder der Patient selbst den entzündeten Hoden mit der einen Hand hochhebt und den gesunden mit der anderen Hand fortzieht, legen wir den Gummischlauch, der mit Watte umwickelt ist, um, ziehen ihn mäßig fest an, drehen das eine Ende um das andere, klemmen die Schnürstelle mit einer Arterienklemme oder einer Straussschen Penisklemme ab und lassen den Hoden nach unten. Bei richtiger Technik muß die spontane Schmerzhaftigkeit fast momentan aufhören. Dieses Aufhören der Schmerzhaftigkeit ist ein wichtiges Zeichen dafür, daß der Stauungsschlauch richtig liegt. Hört die Schmerzhaftigkeit nicht sofort oder nach kurzer Zeit auf, so liegt der Schlauch zu locker, beginnt nach einer kürzeren Pause wieder stärkere Schmerzhaftigkeit, so liegt meist der Schlauch zu fest. Es ist sehr wichtig, durch genaue Kontrolle die richtige Stauung festzustellen. Liegt der Schlauch richtig, so lassen wir die Stauung bei akuten Entzündungen bis zu 20 Stunden liegen. Dann wird der Schlauch entfernt, der Hoden für kurze Zeit hochgelagert und nun weitergestaut, bis zum Aufhören der spontanen Schmerzhaftigkeit und der intensiven Empfindlichkeit auf Druck. Also bei der akuten Form Dauerstauung. Wir wollen durch die Dauerstauung die Beseitigung der Schmerzen erzielen. Sobald dies erreicht ist, kommt die zweite Indikation, die Beseitigung der Infiltrate. Dieser Indikation suchen wir zu genügen durch kurze Stauung und durch intensive Anwendung der heißen Luft, durch heiße Umschläge und durch Dusche.

Der Erfolg in den 75 mit Stauung behandelten Fällen war bezüglich der Beseitigung der Schmerzhaftigkeit ein guter. Ob man mit Saugglas staut oder mit Schlauch, ist — auch wenn man es richtig macht — bezüglich der Beseitigung des Schmerzes nicht ganz gleich, die Schlauchstauung ist der Stauung mit Saugglas überlegen. Meine Erfahrungen bestätigen das, was ich in Bern gesagt habe, somit auch weiter, daß die Beseitigung des Schmerzes sich durch richtig angewandte Stauung mit Schlauch prompt erzielen läßt. Die Schmerzbeseitigung tritt sofort mit der richtigen Stauungswirkung ein, ganz genau so, wie bei einem richtig gestauten Kniegelenk. Die Beseitigung der Schmerzhaftigkeit gelingt auch bei ambulanter Behandlung. Mit dem richtig liegenden Schlauche kann der Patient herumgehen.

Die Vorteile dieser Behandlungsmethode gegenüber den früheren bestehen in der promptesten Beseitigung der Schmezhaftigkeit. Der Erfolg ist für den Patienten und für den Arzt ein so evidenter, daß wir schon aus diesem Grunde volle Veranlassung haben, der Methode unsere vollste Aufmerksamkeit zu widmen. Aber die Methode erfüllt, konsequent durchgeführt, auch noch eine zweite, nicht minder wichtige Indikation. Wissen wir doch, besonders durch die Arbeit von Bentzler, daß die Folgen der Epididymitis für die Potentia generandi ganz bedeutsame sind. Die in derbe, feste Bindegewebsstränge eingebetteten Samenkanälchen müssen in ihrer Funktion auf das erheblichste geschädigt werden. Es gelingt nun, durch die konsequente Anwendung der Dauerstauung im akuten Stadium, der kurzen Stauung nach Ablauf der Schmerzhaftigkeit, und unter gleichzeitiger Anwendung der aktiven Hyperämie die Bildung dieser Infiltrate entweder ganz zu verhindern, oder bereits bestehende zur Aufsaugung zu bringen.

Was die Bubonenbehandlung angeht, so unterscheidet sich diese nicht wesentlich von den Grundsätzen, die wir durch Bier bezüglich der Behandlung von Phlegmonen und lokalen Eiterungen kennen. Naturgemäß kann bei den Bubonen nur die Anwendung von Saugläsern in Frage kommen. St. Erfahrungen beziehen sich auf 25 im letzten Jahre behandelte Fälle. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 14·2 Tage, worunter allerdings ein Fall von strumösem Bubo ist, der ohne Erfolg 45 Tage behandelt wurde. Unter den 20 klinisch genau beobachteten Fällen waren 6 rechts, 9 links und 5 beiderseits. In 2 Fällen gelang es, beginnende Bubonen mit starrer Infiltration, ohne daß es zur Eiterung und Inzi-



sion kam, zur Ausheilung zu bringen, ganz entsprechend den Erfahrungen, die St. bei lokalen Eiterungen aus anderen Ursachen gemacht hat. In allen Fällen waren Ulzera noch vorhanden. Die kürzeste Behandlungsdauer betrug 7 Tage. Bei den mit Eiterung einhergehenden Fällen wurde eine kleine Stichinzision gemacht und der Eiter mit dem Saugglas aufgesaugt. (Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48, 1907.)

*

Über Gefahren und Behandlung der placenta praevia. Von Prof. Zweifel.

Nach Zw. lauten die Hauptgrundzüge der Behandlung: 1. Jede stärkere Blutung in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, die den Verdacht auf Placenta praevia erweckt, soll wegen der riesigen Gefahr so behandelt werden, daß eine zweite Blutung nicht etwa der Mutter das Leben kosten kann. Es ist dies zu erreichen, indem man die Frau für einige Zeit, jedenfalls eine Woche lang, tamponiert hält, falls nicht früher die Geburt eintritt. Zu einer so lange fortgesetzten Tamponade ist der Kolpeurynter unersetzlich. Es ergibt aber die Umständlichkeit dieser vorbeugenden Behandlung, die im Privathause schwer durchzuführen ist, daß es sich empfiehlt, womöglich die Kranke in Anstaltsbehandlung zu übergeben. 2. Die Kolpeurynter lassen sich auf Jahre hinaus dicht erhalten, wenn man sie in Öl oder Glyzerin aufbewahrt. 3. Zur Ausstopfung muß man immer „keimfreies Material" benützen. Hat man keinen Kolpeurynter zur Hand und ist die Watte oder Gaze nicht zuverlässig keimfrei, so kann man sie durch Kochen im Wasser, dem auf den Liter 9 *g* Kochsalz und ein Eßlöffel voll starken Essigs zugesetzt sind, keimfrei und „styptisch" machen. Selbstverständlich ist dies nur eine Aushilfe in der Not. 4. Für die Behandlung der Geburt ist wohl die Blasensprengung ein sicheres und wegen ihrer Leichtigkeit das empfehlenswerteste Verfahren; es kann jedoch nur ausreichen, wo die Blase sich vorwölbt, und das ist bei Placenta praevia selten der Fall. 5. In der Regel wird die Blutung am sichersten und bei bester Wahrung der Asepsis gestillt durch eine möglichst bald ausgeführte Wendung, bei mangelhaft eröffnetem Muttermund durch die kombinierte Wendung nach Braxton Hicks. 6. Die Extraktion soll wegen der Gefahr der Mutterhalsrisse nicht angeschlossen werden, wenn der Muttermund nicht vollständig oder nahezu ganz eröffnet ist. 7. Allerdings bringt dieses Warten die Kinder mehr in Gefahr, und es ist nicht zu leugnen, daß eine Beschleunigung der Extraktion gelegentlich zugunsten des Kindes erwünscht wäre. Wo ein Einreißen des Muttermundes nicht zu fürchten ist, darf man je nach Lage des Falles aktiver vorgehen, und weil die Einrisse nur beim Durchziehen des Kopfes entstehen, ist es immer noch möglich, durch Warten in diesem Stadium der Geburt den Riß zu verhüten und doch das Kind vor dem Ersticken zu bewahren, wenn man seine Finger so hält, daß das Kind beim Atemholen Luft in seine Lungen saugen kann oder wenn man einen Katheter in den Mund einführt. Auch ohne ein Anziehen und ohne die Gefahr eines Einreißens zieht sich der Muttermund nach einigen Minuten über den Kopf zurück. 8. Bei Placenta praevia centralis soll man zunächst versuchen, ob man mit den zwei Fingern, die zur kombinierten Wendung eingeführt werden, nicht vorn über der Symphyse um den vorliegenden Lappen der Plazenta herumgelangen könne, weil dies dem Kinde weniger schadet, als das Durchbohren der Nachgeburt. Falls das Umgehen nicht gelingt, kann der Geburtshelfer jederzeit auf die Durchbohrung zurückkommen, wobei allerdings kaum noch ein Kind am Leben bleibt. Dann ist es nachher auch zwecklos, die Extraktion eines solchen Kindes beschleunigen zu wollen. 9. Da es sich bei der Placenta praevia sehr oft um Frühgeburten handelt, soll man bei diesen keine aktive Behandlung einschlagen, weil dieselbe doch wenig Aussicht bietet, das kleine Kind am Leben zu erhalten und immer für die Mutter gefährlicher ist. 10. Gegenüber einigen neueren Vorschlägen, die Placenta praevia mit dem abdominalen oder dem vaginalen Kaiserschnitt zu behandeln, verhalten wir uns ablehnend. Keine der bei uns Gestorbenen hätte durch eines dieser Verfahren gerettet werden können. Dagegen würde sicher bei deren Anwendung die Sterblichkeit eher größer geworden sein. (Münchner med. Wochenschr. Nr. 48, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 24. Jänner 1908.

Anton Frh. v. Eiselsberg stellt einen 25j. Patienten vor, bei dem er vor Jahresfrist einen 6 *kg* schweren Fettwulst aus der Bauchhaut exzidierte, da dieser dem Patienten beim Sitzen hochgradige Beschwerden verursacht hatte. Der für sein Alter wenig entwickelte Mann zeigte die Symptome allgemeiner Fettsucht.

Karl Menzel stellt einen Patienten mit einem syphilitischen Primäraffekt in der linken Nase vor. Derselbe besteht seit vier Wochen. Weiters findet sich ein makulöses Exanthem und multiple Drüsenschwellungen. Ein anderer Primäraffekt ist sonst nirgends am übrigen Körper des Patienten zu finden. Aus einem abgekratzten Stückchen der Oberfläche des Tumors konnten Spirochäten im Dunkelfelde nachgewiesen werden. Die Übertragung dürfte durch den bohrenden Finger erfolgt sein.

Salomon Ehrmann hat vor einigen Jahren zwei Initialsklerosen der Nase vorgestellt, die beide in kurzer Zeit schwere Gehirnlues bekamen.

Ottokar Chiari bemerkt, daß relativ häufig der Nasenrachenraum der Sitz des Schankers ist.

Eduard Lang hat sehr häufig bei Initialaffekten im Schädelgebiete Hirnlues auftreten gesehen.

Ehrmann bemerkt noch, daß er auch nach einer Infektion vom Kiefer aus (Zahnextraktion) nach $1^1/_2$ bis 2 Jahren schwere, in Demenz übergehende Hirnlues beobachtete. Ehrmann nimmt ein Aufsteigen des Prozesses in den Nerven für jene Fälle an, die später Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems zeigen, wobei hämatogener Ursprung in anderer Hinsicht gar nicht ausgeschlossen ist.

Gabor Nobl kann der regionären Lokalisation luetischer Primäraffekte im Bereiche des Gesichtes und Kopfes für das frühzeitige Zustandekommen schwerer spezifischer und metasyphilitischer Hirnerkrankungen nicht jene Bedeutung beimessen, die ihr Ehrmann beilegt. Denn da die extragenitalen Primäraffekte in überwiegender Häufigkeit am Kopfe ihren Standort haben, so müßten die erwähnten Beziehungen denn doch öfter zur Beobachtung und Hervorhebung gelangt sein. Zur Erklärung dieser seiner Ansicht nach vereinzelten Fällen könnte vielleicht die durch keinerlei Drüsenpassage gehemmte oder abgeschwächte Virulenz des korpuskulären Syphilisvirus herangezogen werden. Doch auch hierin läßt einem die Erfahrung im Stiche.

Rudolf Frank zeigte einige Typen von portativen Fraktur-Extensionsverbänden und zwar einen Vorderarm-Frakturverband, ferner einen Verband bei einer Diaphysenfraktur des Oberarmes und einen Verband bei einer typischen Epiphysenfraktur des Radius.

Oskar Föderl zeigt einen Patienten, der wegen Ruptur des Dünndarmes infolge eines den Bauch treffenden Hufschlages von ihm operiert wurde. Daran knüpft F. einen Appell an die Ärzte, jeden Fall, bei welchem die Möglichkeit einer intraabdominellen Verletzung vorhanden ist, sofort dem Chirurgen zuzuweisen. Zwei Symptome machen darauf aufmerksam: Schmerzhaftigkeit und brettharte Spannung der Musculi recti.

Weiters demonstriert Föderl einen Patienten, der wegen Perforativperitonitis, ausgehend von einem Ulcus ventriculi operiert worden war. Im Anschlusse daran bespricht F. Operationsmethoden und die Resultate. Die Mortalität ist eine sehr große, 66 %. Die Resultate sind weniger von der Methode abhängig, sondern sie werden beeinflußt von dem



Allgemeinzustande der Patienten, von der Intensität der Peritonitis, mithin insbesondere von der Zeit, welche seit der Perforation bis zur Operation verstrichen ist. Neben der Zeit, wann die Patienten zur Operation kommen, beeinflußt natürlich auch die Virulenz der Keime die Prognose. Es ist daher die Forderung v. Eiselsbergs gerecht, die so schwer geschädigten Kranken gleich nach der Operation zu stärken, um sie widerstandsfähiger zu machen, was aber in ausreichender Weise durch Ernährung vom Munde aus in den ersten Tagen mit Rücksicht auf die Magenoperation nicht möglich ist. Man kann daher entweder nach dem Vorschlage von Lorenz eine Gastrostomiefistel anlegen durch Vorziehen und Einnähen der Perforationsstelle in die Bauchdecke oder man schließt der Versorgung des Ulcus eine Jejunostomie nach v. Eiselsberg an. Beides war in dem angeführten Falle unmöglich; es wurde von der Perforation aus ein Ernährungsschlauch direkt in das Duodenum geleitet und so bei Entlastung des Magens frühzeitig und reichlich Nahrung zugeführt.

Hans Salzer demonstriert eine 54jährige Frau, die im Alter von drei Jahren sich eine Fraktur des distalen Humerusendes (Eminentia capitata) mit Luxation des Vorderarmes nach außen zugezogen hat, eine Verletzung, die in dieser hochgradigen pathologischen Stellung ausheilte; beide Vorderarmknochen sind nicht an normaler Stelle mit dem Oberarm in Berührung, sondern zirka 8 *cm* nach oben und 2 *cm* nach rückwärts am Humerus verschoben. Trotzdem kann die Frau den Vorderarm fast bis zur Geraden ausstrecken und bis zum rechten Winkel beugen. Pro- und Supination normal.

Eduard Spiegler zeigt einen Patienten, in dessen Gesichte zahlreiche Narben in verschiedenen Entwicklungs-, bezw. Rückbildungsstadien zu sehen sind. Einige sind vollkommen weiß und glatt, einige zeigen noch eine bräunliche Pigmentation und wieder andere noch eine entzündliche Röte. Die Narben müssen daher einem Prozesse mit chronischem Verlaufe entsprechen. Es besteht eine sogenannte Acne necrotica. Therapeutisch sind Schwefelpräparate relativ von bestem Resultate.

Ferdinand Alt: Die Taubheit infolge von Meningitis cerebrospinalis epidemica. Die Meningitis cerebrospinalis epidemica führt außerordentlich häufig zu eiterigen Entzündungen des inneren Ohres und bedingt hiedurch vollkommene Taubheit. Der Vortr. hat im Jahre 1907 50 Fälle von epidemischer Meningitis auf Störungen seitens des Gehörorganes untersucht und bespricht nun auf Grund der hiebei gewonnenen anatomischen und klinischen Befunde die Ursachen der Taubheit infolge Meningitis cerebrospinalis epidemica. Er demonstriert mikroskopische Präparate und zeigt an schematischen Tafeln die anatomischen Veränderungen der Gehörorgane. Als Ursache der Taubheit wird von Tröltsch die eiterige Infiltration des Ependyms des vierten Ventrikels, von Schwartze die Einbettung des Nervus acusticus im Meningealexsudat beschrieben. Diese Veränderungen konnte auch A. in zwei obduzierten Fällen finden. Die Taubheit stellte sich oft als Frühsymptom ein. Der Nervus facialis erweist sich bei den anatomischen Untersuchungen als wenig affiziert, die klinisch beobachteten Fazialislähmungen sind wohl basale Drucklähmungen, wie die Augenmuskellähmungen. Der Nervus vestibularis und seine Endausbreitung erleiden schwere Schädigungen. Alle Ertaubten zeigen in den ersten Wochen einen unsicheren Gang, leiden an Schwindel und haben die Neigung nach einer Seite zu stürzen. Allmählich lernen die Kranken durch Zuhilfenahme anderer Sinnesorgane, besonders der Augen, die Ausfallserscheinungen des verlorenen Koordinationsorganes zu ersetzen. Je jünger das Individuum ist, um so länger halten die Koordinationsstörungen an — bei jungen Kindern oft über ein Jahr — bei älteren Individuen erfolgt nach vier bis sechs Monaten ein Rückgang der Gleichgewichtsstörung. Warum bei leichten Fällen von Genickstarre mitunter unheilbare Taubheit auftritt und andererseits bei schweren protrahierten Erkrankungen oft nicht die geringste Hörstörung beobachtet wird, ist nicht bekannt. Manche Epidemien gehen mit vielen Fällen von Taubheit einher, andere mit wenigen. Als Therapie pflegt A. in Jod größeren Gaben zu verordnen, um eine Resorption des Exsudates anzuregen.

Hermann Schlesinger sind besonders zwei Punkte bei der Untersuchung Meningitiskranker der erwähnten Epidemie aufgefallen: Oft verspätetes Eintreten der Nackensteifigkeit und sogar spätes Eintreten des so überaus wichtigen Kernigschen Symptomes. Mehrere dieser Fälle haben gleich in den allerersten Krankheitstagen schwere Gehörstörungen dargeboten. Auch das Schwanken der Gehörstörungen in verschiedenen Krankheitsphasen, resp. das Wiederauftreten bei Rezidiven kam öfters zur Beobachtung.

Robert Bárány bemerkt, daß man auch an Bewußtlosen ein Urteil über den Zustand des Vestibularapparates durch Ausspritzen des Ohres mit kaltem Wasser gewinnen kann. (Deviation der Augen nach der ausgespritzten Seite hin.) Die Gleichgewichtsstörungen nach Zerebrospinalmeningitis muß nicht immer ohneweiters auf die doppelseitige Zerstörung des Vestibularapparates bezogen werden. Möglicherweise haben die Gleichgewichtsstörungen in vielen Fällen andere Ursachen, etwa Ausfall von Bahnen unbewußter Tiefensensibilität zum Kleinhirne.

Heinrich Neumann kann auf Grund seiner Untersuchungen erklären, daß das Mittelohr als Infektionsquelle der Zerebrospinalmeningitis kaum in Betracht komme. Gewöhnlich werde das Ohr erst sekundär in Mitleidenschaft gezogen. Die Taubheit komme seiner Ansicht nach entweder durch eine neuritische Erkrankung des Ramus cochlearis des Nervus acusticus oder infolge einer Labyrinthitis zustande. Die zur Taubheit führende Labyrinthitis bei Zerebrospinalmeningitis sei nicht eine Folge der Einwanderung der Entzündungsprodukte ins Labyrinth, sondern die der Entzündungserreger; dieselben gelangen durch die perineuritischen Lymphbahnen in das Labyrinth und etablieren hier einen selbständigen, mit der primären Eiterung nur indirekt zusammenhängenden Herd. Dieser Umstand dürfte auch den verhältnismäßig hohen Prozentsatz der Taubheit bei Zerebrospinalmeningitis erklären.

Hugo Frey hat an einer größeren Anzahl von später ertaubten (erworbenen) Taubstummen die Vestibularreaktion durch Drehversuche geprüft. In einer sehr großen Anzahl dieser Fälle wurde ein Ausbleiben der rotatorischen Reaktion (des Drehnystagmus) konstatiert. Aber auch zentrale Störungen kommen bei Taubstummen in Betracht, doch spielen diese bei der angeborenen Taubstummheit eine viel größere Rolle, als bei der erworbenen.

Ferdinand Alt meint, daß, wenn infolge von Meningitis cerebrospinalis epidemica der Vestibularapparat beiderseits zerstört wird, hiedurch Ausfallerscheinungen bedingt werden. Die durch Infektion von der Nase aus entstandene Mittelohrentzündung habe eine große Bedeutung für die Ätiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 19. Dezember 1907.

Alexander Strasser stellt ein n Patienten mit lymphatischer Leukämie und Chylothorax vor. Im Jahre 1906 traten unter Verschlimmerung der schon früher bestandenen Diarrhoe und des Allgemeinbefindens allgemeine Lymphdrüsenschwellungen auf. Der Befund am 4. Februar 1907 war: Kachexie, Lymphdrüsengeschwülste zerstreut am ganzen Körper (Hals, Axilla, Leisten). Milz drei Querfinger den Rippenbogen überragend, etwas stridoröses Atmen, Abdomen aufgetrieben, das Epigastrium resistent, in der Nabelgegend deutlicher höckeriger Tumor. Blut: E. = 4,000.000, L. = 43.700, Fleischl-Miescher 74% = 10·4 *g*; von den L. 0·5% polynukleäre, sonst nur Lymphozyten. Auf Röntgen-



behandlung besserte sich der Blutbefund wesentlich, wenn auch das Verhältnis der Lymphozyten stets abnorm hoch blieb. Der Milztumor ging bis zum Rippenbogen zurück, die Lymphdrüsen verkleinerten sich, aber der derbe Tumor in der Nabelgegend trat deutlicher hervor. Im Juli v. J. trat Druck in der Brust und Kurzatmigkeit auf. Es wurde damals konstatiert: Rechts rückwärts Dämpfung 9 *cm* hoch, vorne bis zur vierten Rippe; Atmungsgeräusch und Pektoralfremitus aufgehoben. Drüsentumor im Abdomen unverändert, die Lebergrenze ist nicht bestimmbar. Blut: L. = 2500, Hämogl. = 70%. Fortgesetzte Röntgenbehandlung bis anfangs November (Blut: L. fielen auf 5930, davon 15·5% polynukleäre); das Exsudat nahm zu, mit ihm die Atemnot. Die Punktion ergab etwa 2000 *g* einer weißgelben homogenen Flüssigkeit, welche als Chylus erkannt wurde. Bei einer zweiten Punktion drei Wochen später wurden 2400 *g* milchig-weißgelber Flüssigkeit entleert. Die Analyse ergibt, daß es sich abermals um Ansammlung von Chylus handelt. Seit der zweiten Punktion sammelt sich die Thoraxflüssigkeit viel langsamer an, so daß die am Vortage der Demonstration ausgeführte dritte Punktion nur mehr etwa 1000 *g* Chylus ergab. Was die Ätiologie dieses Falles betrifft, so ist der Chylothorax vielleicht auf eine Kompression und nachfolgende Berstung des Ductus thoracicus zurückzuführen. (Kompression und Läsion durch Sarkom?)

Alfred Decastello hat diesen Patienten mit Röntgenstrahlen behandelt. Er konnte konstatieren, daß die Bestrahlungen der langen Röhrenknochen (Knochenmark) keinen deutlichen und nachhaltigen Einfluß auf den Zustand des Blutdruckes ausübten. Nach Bestrahlungen der Lymphome und Milz erfolgte ein förmlicher Sturz der Leukozytenzahl. Binnen einer Woche war die Zahl von 402.000 auf 127.000 gesunken, nach einem Monate auf 51.000.

Robert Offer bemerkt, daß die Punktionsflüssigkeit die Ehrmannsche Reaktion (Adrenalinreaktion) ergab. Denn 1 cm^3 dieser Flüssigkeit hemmte deutlich 0·01 *mg* Adrenalin in seiner pupillendilatatorischen Wirkung.

Alfred Strasser bemerkt noch, daß er mit dem Patienten den Versuch der alimentären Glykosurie angestellt habe, der negativ ausfiel.

Hermann Schlesinger demonstriert eine bisher nicht beschriebene Beschäftigungsneuritis bei einem Rohrpostbeamten. Der 44jährige Kranke leidet seit einigen Monaten an Parästhesien im linken Zeigefinger und Daumen und an Schmerzen, die immer an Intensität zunehmen und gegen die linke Schulter zu ausstrahlen, ferner Unmöglichkeit, den Zeigefinger in den Interphalangealgelenken vollkommen zu beugen. Es sind Änderungen vorhanden, wie sie vorwiegend einer ziemlich weit peripher gelegenen Medianuslähmung zukommen. So sind des Interosseus I und des Thenar atrophisch, weiters findet sich eine Empfindungsstörung am Zeigefinger und Daumen, ferner auch noch geringe Temperatursinnstörung. Der vorgestellte Patient ist bei der Rohrpost beschäftigt. Er hat mit der linken Hand harte Filzzylinder festzuhalten und in das Rohr zu schieben, was erheblichen Kraftaufwand erfordert.

Karl Reitter: Demonstration eines Pat. mit Epiploitis nach Herniotomie. Der Pat. wurde wegen eines doppelseitigen Leistenbruches vor fünf Wochen operiert. Etwa drei Wochen nach der Operation erkrankte Pat. unter leichtem Fieber und Abgeschlagenheit. Palpatorisch konnte in der rechten Seite nach auswärts eine kindskopfgroße Geschwulst getastet werden, die sehr druckempfindlich war. Es handelt sich um eine sogenannte Epiploitis (Entzündung des Netzes um die angelegten Nähte, bei der Resektion von Teilen derselben). Die Therapie besteht in Ruhe und gleichmäßiger Wärme; nur wenn eine ausgedehntere Eiterung oder Kompressionserscheinungen von seiten des Darmes sich einstellen würden, wäre ein chirurgischer Eingriff indiziert.

Julius Flesch stellt eine Patientin vor, bei der die Diagnose eines Tuberkels in der rechten Hirnschenkelhaube gestellt wurde. Der interne Befund weist auf eine linksseitige Lungenspitzentuberkulose hin. Die Ophthalmoreaktion nach Calmette ergab nach 24 Stunden positiven Befund. Was den neurologischen Befund betrifft, so besteht unzweifelhaft Hemiparesis spastica alternans superior mit dem Charakteristikon der Lähmung des Okulomotorius mit Affektion der kontralateralen Extremitäten. Diese Kombination weist unzweideutig auf einen Herd im rechten Hirnschenkel hin und ist, sofern Parese oder Paralyse der Halbseite besteht, seit 1863 unter der Bezeichnung Webersche Lähmung oder Hemiplegia alternans superior bekannt. Dieser Herd ist wohl mit Rücksicht auf den Lungenbefund als Tuberkel anzunehmen.

Wilhelm Falta: Über den Eiweißumsatz beim Diabetes mellitus: Der Eiweißbedarf des Individuums wird, wie schon Voit nachgewiesen hat, in weiten Grenzen von der Menge der gleichzeitig zugeführten Kohlehydrate und Fette bestimmt. Doch sind die Kohlehydrate bessere Eiweißsparer als die Fette. Auch die Kohlehydrate mit den Fetten kombiniert, wirken ebenso eiweißsparend. F. hat nun gefunden, daß beim Pankreasdiabetes die Eiweißzersetzung im Hunger auf das drei- und vierfache steige. Schon ein geringer Zusatz von Kohlehydraten zur Nahrung setzt sie herab. Auch der Phloridzindiabetes verhält sich ähnlich. Beim genuinen Diabetes des Menschen ist auch in schweren Fällen der Eiweißumsatz nicht wesentlich gestört. Auch kommt F. auf Grund seiner Versuche zum Ergebnis, daß es beim Menschen mehrere diabetogene Organe geben müsse.

Karl v. Noorden findet, daß ein offenbarer Widerspruch darin gelegen sei, daß einerseits die systematischen Stoffwechseluntersuchungen eine bedeutende und leicht zu erzielende Stickstoffretention bei schwerem Diabetes nachweisen, andererseits es aber bekanntlich äußerst schwer hält, in solchen Fällen einen Zuwachs arbeitenden Eiweißes am Körper zu erzielen.

Rudolf Kolisch hat wiederholt gezeigt, daß die sogenannte Toleranz gegen Kohlehydrate bei schwerem Diabetes nicht so sehr vom Gehalte der Nahrung an Kohlehydraten als vielmehr von der die Kohlehydrate begleitenden Menge von Eiweiß abhängt. Wenn nun Falta derselben Ansicht sei, so habe er damit nichts neues gesagt, da ja Redner schon wiederholt früher darauf hingewiesen habe und dies auch gemeinsam mit Schumann-Leclerq vor 4 Jahren publiziert. Es wäre nun Faltas Pflicht gewesen, zumindest in seinen Publikationen anzudeuten, daß seine Mitteilungen keine neue Entdeckung, sondern nur eine Bestätigung der Versuche des Redners seien.

v. Noorden meint, Falta hätte keine Veranlassung, in seiner vorläufigen Mitteilung die Literatur zu besprechen. In dem Schlußaufsatz soll auch die frühere Mitteilung von Kolisch gebührend berücksichtigt werden. Schließlich bemerkt er noch, daß nicht jedesmal bei schwerem Diabetes die Eiweißempfindlichkeit größer sei als die Kohlehydratempfindlichkeit. Nur für einzelne Fälle treffe dies zu.

Richard Bauer weist auf die Untersuchungen Naunyns über den Diabetes hin.

Falta bemerkt zum Schlusse noch, daß es ihm keineswegs eingefallen sei, die Untersuchungen Kolisch zu verschweigen. Die Literatur über diesen Gegenstand soll erst in einer Arbeit, die sich noch im Drucke befindet, voll berücksichtigt werden.

Sitzung vom 16. Jänner 1908.

Karl Reitter demonstriert anatomische Präparate eines Falles von Perforation eines Aortenaneurysmas in die Vena cava superior.

Hans Salomon stellt einen jungen Mann mit Hydrops genus intermittens vor. Der Hydrops tritt in Zwischenräumen von 4—5 Wochen auf. Kochsalzfreie Diät bringt ihn zum Rückgang. Auf Gaben von je 15 *g* Kochsalz läßt es sich wieder hervorrufen.

Hermann Schlesinger hat bemerkt, daß die Beschränkung der Kochsalzzufuhr keineswegs immer imstande ist, die Wiederkehr der Anfälle zu verhindern. So konnte er in einem Falle eines intermittierenden Hydrops genus, auch



bei absoluter Milchkost durch längere Zeit konstatieren, daß die Anfälle genau zur gleichen Zeit und in der gleichen Intensität wie bei anderer Ernährung wiederkehrten.

Falta demonstriert einen 7jährigen Knaben mit Turmschädel. Die Ursache der Schädelmißbildung liegt zweifellos in einer frühzeitigen Verknöcherung der Nähte. Wenn auch der Mechanismus der Schädelmißbildung verständlich ist, so wissen wir nichts über die Ursache der frühzeitigen Verknöcherung. Das Wahrscheinlichste ist wohl eine Pachymeningitis serosa. Dieser Fall ist wie fast alle Fälle von Turmschädel mit starker Verminderung der Sehschärfe kombiniert. Es besteht eine Atrophia nervor. optic. postneuritica. Rechts fast völlige Amaurose, links zentrale Sehschwäche. Die Sehschwäche nahm seit dem dritten Lebensjahre konstant zu. Weiters besteht auch Nystagmus.

Arth. Schüller demonstriert die Schädelröntgenogramme dieses Falles. Die Röntgenuntersuchung in einem derartigen Falle von Schädeldifformität gestattet: 1. Die Unterscheidung von einem echten Mikrokephalus, bei welchem der Schädel nicht nur für das zu kleine Gehirn genügend Raum bietet, sondern häufig noch relativ zu groß ist und daher hyperostosiert; 2. zeigt sie als Ursache der Sehstörung die Hirndrucksteigerung.

Julius Flesch stellt einen Fall von Situs inversus viscerum completus vor.

Leopold Wick: Über den Heberdenschen Knoten (polyartikuläre Arthritis deform.) Vortr. ist der Ansicht, daß der Herberdensche Knoten in die Kategorie der Arthritis deformans gehöre. Die wichtigsten ätiologischen Momente liegen im Geschlechte, im Lebensalter und in den vorausgehenden Krankheiten. Von vorausgegangenen Krankheiten sind hauptsächlich Affektionen des Nervensystems, unter denen am häufigsten Migräne und neurasthenisch-hysterische Zustände. Aber auch Gicht, Nierenaffektionen, Magendarmbeschwerden, akuter Gelenksrheumatismus, Frauenleiden können ätiologisch eine Rolle spielen. Im Status präsens der untersuchten Patienten fanden sich entweder palpable Gelenksveränderungen deformierender Natur oder nur bloße Beschwerden, wie Schmerz, Steifheitsgefühl usw. *i. m.*

IV. Literatur.

Sonnenstrahlen als Heil- und Vorbeugungsmittel gegen Tuberkulose. Von W. Graff. Mit Begleitwort von Professor Dr. Hammer. Heidelberg 1907. Karl Winters Universitätsbuchhandlung.

Das Schriftchen wurde im Auftrage der Ortsgruppe Heidelberg des Vereines zur Bekämpfung der Tuberkulose veröffentlicht.

Es umfaßt den Vortrag von Malgat über die Sonnenlichtkur bei chronischer Lungentuberkulose, den er auf dem internationalen Tuberkulosekongreß in Paris 1905 gehalten hat, den Aufsatz von L. Craux, Paris, der die Einführung der Sanitäts-Häuserregister als Kampfmittel gegen die Tuberkulose empfiehlt und erläuternde Bemerkungen des Herrn Graff, der, zwar Laie, jedoch mit Elan für die aktinische Behandlung die Lanze bricht. Sehr heftig läuft er Sturm gegen das Schwarz der Trauerkleider, das er durch die Tennisfarbe Weiß ersetzen will. *Landesberg.*

Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose. Von Besold und Gidionsen. Berlin. Verlag Reimer. 1907. 115 S. Mit 7 Tafeln und einer Textabbildung.

Wer die letzten Literaturerscheinungen mit dem Inhalte des Buches von Besold und Gidionsen vergleicht, wird sicher finden, daß wir in der Hauptsache, sowohl in bezug auf die Therapie als auch die Pathologie der Kehlkopftuberkulose in den letzten Jahren keine besonderen Fortschritte gemacht haben. Auch in dem Buche, das das Ergebnis einer langjährigen ärztlichen Tätigkeit enthält, wird zum Beispiel die Frage der Verschleppung der Tuberkulose in den Larynx in Diskussion gestellt, ohne beantwortet zu werden.

Die letzten Neuerscheinungen, wenn sie auch gründlich und sachgemäß verfaßt sind wie das vorliegende Buch, geben dem Leser den Überblick über den derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Fragen, aber zur Lösung der Probleme tragen sie kaum bei. Die Verfasser haben die erste Aufgabe voll und ganz erfüllt und ihr Werk kann jedem Arzte als Quintessenz der herrschenden Ansichten über die angezogene Frage bestens empfohlen werden. Nur in zwei Punkten wären Einwendungen gegen die Auffassung der Autoren zu erheben.

Erstens haben sie vergessen, daß es doch eine ziemlich aussichtsreiche Therapie der Luftröhrentuberkulose gibt und zwar die Dilatation mit Bougie nach Schrötter, die bei Stenosenerscheinungen direkt lebensrettend wird. Vielleicht hat das an Trachealtuberkulosen arme Material der Verfasser dies verschuldet.

Zweitens haben sie der Tuberkulinbehandlung jede Wirksamkeit abgesprochen. Wenn man auch dem Tuberkulin die Lokalwirkung absprechen darf, so muß man doch zugeben, daß die Hebung des Allgemeinbefindens, die Besserung des Lungenbefundes, die oft während der spezifischen Therapie eintreten, nicht ohne Einfluß auf das Kehlkopfleiden bleiben können. *Landesberg.*

V. Aus der Praxis.

Jodofan. Eine klinisch-therapeutische Studie. Von Dr Alex. Singer. (Wiener klin. Rundschau Nr. 2. 1908.)

In der Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten des Karolinen-Kinderhospitals in Wien wurden Juli—August 1907 80 Patienten an Otitis media behandelt. Bei 40 von diesen wurde nach der dort üblichen Methode weiterbehandelt; das Ohr mit stark verdünnter Formalinlösung zweimal täglich ausgespritzt, mit Watte getrocknet und nachher 6—7 Tropfen einer 5%igen Karbol-Glyzerinlösung eingeträufelt. Um nun den Einfluß von Jodofan genau zu eruieren, wurde die andere Hälfte des Patienten so behandelt, daß nach einmaliger Ausspritzung ein mit Jodofan bestreuter Streifen steriler Gaze eingeführt wurde, der 2—3 Tage liegen blieb. Das Resultat war folgendes: Nach Herausziehen des Gazestreifens war das Sekret zwar noch reichlich vorhanden, aber ganz geruchlos, während die mit diesem Sekrete beschickten Agarröhrchen vollkommen steril blieben. Damit sind zwei wichtige Eigenschaften des Jodofans festgestellt: Die Fähigkeit, Bakterien abzutöten, und den schlechten Geruch des Sekretes zu zerstören.

Bei Kranken mit teilweise zerstörtem Tympanum oder sehr großen Perforationsöffnungen wurde Jodofan mittels Pulverbläsers eingeblasen. Hiebei war der Erfolg besonders eklatant. Schon beim ersten Gazewechsel erschien die Sekretion auffallend gering und war im Gegensatze zu früher von glasiger Beschaffenheit. Beim zweiten- oder drittenmal war häufig jede Sekretion verschwunden, so daß die Patienten als geheilt entlassen werden konnten.

Dies glänzende Resultat ermutigte S., Jodofan auch bei Ozaena zu versuchen nach folgendem Verfahren: Nach Erweichung der Krusten durch ausgiebige Pinselung mit 3% Wasserstoffsuperoxyd wurden dieselben ausgeschneuzt oder mit der Pinzette entfernt, hierauf mit Formalinlösung gepinselt oder ausgewaschen und nach einigen Minuten Jodofan insuffliert. Am nächsten Tage fiel zunächst die vollständige Geruchlosigkeit auf. Bei der Spiegeluntersuchung erschien die Schleimhaut etwas gerötet, leicht geschwollen, dünnflüssiges Sekret absondernd. Die Prozedur wurde jeden zweiten Tag wiederholt und bisweilen schon Ende der ersten Woche Aufhören der Borkenbildung und völliges Verschwinden des üblen Geruches erreicht. Die desodorisierende Wirkung des Jodofans ist damit außer Zweifel gesetzt.

Zusammenfassend kommt S. zu folgendem Schlusse: Das Jodofan besitzt eine absolute Überlegenheit jedem anderen Desinfiziens und Antiseptikum gegenüber; erreicht doch kein anderes in so hohem Maße die vier Kardinaleigenschaften des



Jodofans: Antibakterielle Kraft, Geruchlosigkeit, Reizlosigkeit und die Fähigkeit, zu desodorisieren.

Zur Fibrolysintherapie. Von Dr. A. v. Planta, St. Moriz-Dorf. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1906. Nr. 1.)

Das Fibrolysin ist ein von Dr. Mendel, Essen, dargestelltes Doppelsalz, das aus Thiosinamin und Natriumsalizylat besteht. Sein Indikationsgebiet erstreckt sich auf alle diejenigen Fälle, in denen es sich darum handelt, Narbengewebe ohne Unterschied des der Narbenbildung vorausgegangenen pathologischen Prozesses aufzulockern und zu erweichen, die Widerstandsfähigkeit desselben zu erhöhen und seine Schrumpfung zu verhüten.

P. wandte dieses Präparat in einem Falle einer ausgedehnten Verbrennungsnarbe, die besonders an den Rändern bretthart und koloidartig war, an und erzielte damit ein sehr befriedigendes Resultat. Es handelte sich um ein fünfjähriges Mädchen, das sich von einem Gestell ein Fläschchen herunterholen wollte. Bei dieser Manipulation entleerte sich der Inhalt desselben, der aus rauchender Salpetersäure bestand, auf den behaarten Kopf und zum größten Teile auf die Stirne des Mädchens. Es entstand eine zirka handtellergroße, tiefe Brandwunde III. Grades, die mit zwei schmalen Streifen an beiden Nasenseiten endete.

Aus kosmetischen Gründen beschloß P. die Applikation des Fibrolysins. Dieses wurde jeden anderen Tag intramuskulär in die Glutealgegend injiziert. Schon nach der fünften Injektion war eine bedeutende Besserung zu konstatieren. Das Narbengewebe war viel weicher, die Stränge waren bedeutend abgeflacht worden.

Diese Erscheinungen traten um so deutlicher hervor, je mehr Injektionen gemacht wurden. Im ganzen wurden 25 Ampullen appliziert und das Endresultat ist ein sehr befriedigendes. Die Narbe gleicht mehr der normalen Haut, ist abgeflacht und weich, die Narbenstränge sind nicht mehr sichtbar. Es sei noch bemerkt, daß das Medikament keine Nebenwirkungen hatte und daß die Injektionsstellen keine Schmerzhaftigkeit zurückließen.

VI. Notizen.

In den Sitzungen des **niederösterreichischen Landessanitätsrates** vom 20 und 27. Januar d. J. wurden folgende Gutachten erstattet: 1. Über die Verwendung von Hilfskräften im Betriebe von Apotheken und die Bezeichnung jener mit dem pharmazeutischen Berufe zusammenhängenden Beschäftigungen, welche als fachliche Tätigkeit im Sinne des § 3 des Apothekergesetzes zu betrachten sind. 2. Besetzungsvorschlag für eine erledigte Primararztesstelle im Stande der Wiener k. k. Krankenanstalten. 3. Besetzungsvorschlag für mehrere erledigte polizeiärztliche Stellen. 4. Vorsichtsmaßnahmen bei der Krankenaufnahme zur Verhütung von Selbstmorden in den Wiener Spitälern. 5. Über die neue Arkadengruft und Kolumbarienanlage auf dem Wiener Zentralfriedhofe.

Professor Ferdinand Frühwald †. Am 7. d. M. starb nach längerem Leiden der Vorstand der II. Kinderabteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik Prof. Ferdinand Frühwald. Frühwald gehörte zu den bekanntesten Kinderärzten Wiens. Ein Schüler Wiederhofers wurde er 1891 Vorstand der II. pädriatischen Abteilung der Poliklinik. Seit Jahren leidend, übte er bis zum letzten Juli noch die Praxis aus. Damals erlitt er einen Schlaganfall. Den Herbst verbrachte Frühwald im Süden, von wo er Anfang Oktober, scheinbar gebessert, nach Wien zurückkehrte. Er versuchte auch, seine Praxis wieder aufzunehmen, erlitt aber am 27. November einen neuerlichen Schlaganfall, von dem er sich nicht mehr erholen konnte.

Die Errichtung von Abstinenzsanatorien für Bergleute empfiehlt Geh.-San.-Rat Dr. Vogel, Jena, gewesener Knappschaftsarzt und dirigierender Arzt eines Knappschaftskrankenhauses auf Grund seiner 30jährigen Erfahrungen. Wie er ausführt, hat der Bergmann höheren Lohn, mehr freie Zeit als andere Arbeiter und die schwere Arbeit verführt ihn, sich trotz dem Verbote Kraft aus der Flasche zu holen. Nicht nur Delirium tremens kommt häufig vor, auch Nerven- und Geisteskrankheiten, Epilepsie nehmen an Zahl und Intensität zu. Letztere Krankheit macht sowohl das Befahren des

Schachtes als auch manche gefährliche Arbeit über Tag unmöglich und führt zu vorzeitiger Invalidisierung. Sehr viele Krankheiten — besonders die der Lunge — werden durch den Alkohol ungünstig beeinflußt, Unfälle häufig genug durch ihn veranlaßt. Durch rechtzeitige Aufnahme in ein Abstinenzsanatorium könnte so mancher Bergmann in den besten Jahren seiner Arbeit und seiner Familie erhalten werden. Das Krankenhaus kann diese Kranken nicht lange genug behalten und ist auch auf Durchführung von Erziehungskuren nicht eingerichtet; mancher Trinker muß entlassen werden, der selbst das ehrliche Verlangen hat, sich dem Alkohol zu entziehen, dessen Kraft aber nicht dazu ausreicht. (Ärztliches Vereinsblatt, Jänner 1907.)

VII. Eingesendet.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Marienbad, im Jänner 1908.

Sehr geehrte Herren Kollegen!

Der Marienbader Ärzteverein hat in seiner Sitzung vom 29. August v. J. beschlossen, in Marienbad ein Erholungsheim für Ärzte zu gründen, um erholungs- und kurbedürftigen, leidenden, von der ärztlichen Praxis ermüdeten, überarbeiteten oder ruhebedürftigen Ärzten, die einige Zeit fern vom Orte ihrer Tätigkeit Erholung suchen, freie Unterkunft im eigenen Hause und manche andere Erleichterungen und Benefizien zu schaffen, sowie die Heil- und Kurbehelfe des Kurortes zur Verfügung zu stellen. Die Aufnahme soll vorerst nur auf Ärzte der österr.-ungarischen Monarchie und des Deutschen Reiches beschränkt sein.

Da die Marienbader Ärzte — trotz aller Opferwilligkeit für diese ihre Schöpfung — allein nicht in der Lage sind, die Mittel aufzubringen, um ein solches Haus zu gründen, der Würde des ärztlichen Standes entsprechend zu errichten und es mit allen Bequemlichkeiten auszustatten und zu erhalten, so sieht sich das gefertigte Komitee, dem vom Ärzteverein die Durchführung dieses Projektes anvertraut und übergeben worden ist, veranlaßt, an den Wohltätigkeitssinn und den Korpsgeist der ärztlichen Korporationen, an die Ärztekammern und Vereine mit der Bitte heranzutreten, dieses ausschließlich aus dem Zusammenwirken der Ärzteschaft zu gründende, einem eminent wohltätigen Zwecke dienende Unternehmen mit einer größeren Spende unterstützen und damit der Ausführung näher bringen zu wollen.

Durch die Opferwilligkeit der Marienbader Ärzte, welche Häuser besitzen, und anderer dem Ärztestande nahestehender wohlwollender Hausbesitzer ist das Komitee in der Lage, schon in der nächsten Kurzeit 1908 und zwar in den Monaten Mai und September 70 Zimmer den Ärzten, welche zur Erholung oder zum Kurgebrauche in dieser Zeit nach Marienbad kommen wollen, zur Verfügung stellen zu können.

Wir ersuchen Sie, in Ihren Kreisen bekannt geben zu wollen, daß die Institution schon in diesem Jahre benützt werden kann und daß Kollegen, die davon Gebrauch machen wollen, sich möglichst bald, längstens im Monate April, anmelden sollen.

In der sicheren Erwartung, keine Fehlbitte zu tun und bei Ihnen ein freundliches Entgegenkommen und Eingehen auf die genannten Bestrebungen und Unterstützung derselben zu finden, zeichnet mit kollegialer Hochachtung

Das Komitee zur Errichtung eines ärztlichen Erholungsheimes in Marienbad

Dr. Alois Grimm mp. Dr. Adolf Stark m. p.

Dr. Karl Zörkendorfer m. p.

VIII. Offene Stellen.

Distriktsarztesstelle für den die Gemeinden Schönwald mit Jungferndorf, Ebersdorf, Nollendorf und Streckenwald mit Adolfsgrün umfassenden und 3161 Einwohner zählenden Sanitätsdistrikt Schönwald mit dem Amtssitze in Schönwald (Böhmen). Gehalt 1500 K, Reisepauschale 300 K nebst freier, von der Gemeinde Schönwald beigestellter Wohnung, bestehend aus drei, eventuell vier Zimmern und Küche samt Zugehör, wenn nötig auch Stall und Wagenremise. Bewerber deutscher Nationalität haben ihre mit dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis, der moralischen Unbescholtenheit und physischen Tauglichkeit belegten Gesuche bis 15. Februar 1908 beim Bezirksausschusse in Karbitz einzubringen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise: Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—. Für Deutschland ganzjährig 20 Mark. Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs. Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.

Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47. Telephon Nr. 3511/IV. Postsparcassen-Conto Nr. 839.072. Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter Wien XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47. Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 8. Wien, 22. Februar 1908. Nr. 8.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Aus der Abteilung des Hofrates Prof. W. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Scoliosis lumbagica.

Von Dr. Oskar v. Hovorka.

(Fortsetzung.)

2. Der zweite Fall, welcher dem ersten stark ähnlich war, und mit dessen Beschreibung wir uns deshalb weniger ausführlich befassen wollen, betraf J. J., einen 47 Jahre alten slovakischen Bauer.

Anamnese: Er erkrankte vor etwa zehn Wochen, als er eine zirka 40 *kg* schwere Holzkiste auf einen Wagen heben wollte; er verspürte sofort einen heftigen Schmerz im Kreuze und im rechten Oberschenkel unterhalb des Gesäßes. Der Schmerz war so heftig und plötzlich, daß er dachte, es sei ihm „im Kreuze“ ein Knochen gebrochen. Er vermochte sich zwar von der Unfallsstelle weiter zu schleppen, doch knickte er bald zusammen und mußte von seiner Frau nach Hause geleitet werden. Trotzdem er sich sofort zu Bette begab, steigerten sich die Schmerzen, besonders in der rechten Lenden- und Hüftgegend; bald begannen sie aber auch über den ganzen Rücken und sogar gegen die Brust auszustrahlen. Trotz aller Umschläge, Einreibungen, Pulver und Räucherungen usw. ließen die Schmerzen nicht nach und nach 14tägigem Bettlager kam er nur so weit, daß er mit Mühe und mit Hilfe von zwei Stöcken ganz langsam im Zimmer herumgehen konnte. Bei jedem Schritte verspürte er einen stechenden Schmerz in der rechten Lende und knickte zusammen. Da auch später sein Zustand keine Neigung zu einer Besserung zeigte, entschloß er sich, in Wien Hilfe zu suchen.

Status präsens: Pat. ist von einer stämmigen, vierschrötigen, mittelgroßen Gestalt; starker Knochenbau, robuste Muskulatur, Neigung zu Fettleibigkeit. Innere Organe normal. Er ist absolut nicht imstande, aufrecht zu stehen, und muß sich hiebei auf seine zwei Stöcke oder ein Möbelstück stützen. Die linke Schulter steht höher als die rechte, welche zugleich nach vorn rotiert ist. Die Wirbelsäule weist eine im Lenden- und unteren Brustsegmente dextrokonvexe Skoliose auf, welche im oberen Brustsegmente in eine kompensierende sinistrokonvexe Skoliose übergeht; die untere entspricht also der kranken Seite, und die Rechtsneigung der rechten Schulter der linkskonvexen oberen Krümmung. Die gesamte rechte Lendengegend ist selbst bei dem äußersten Drucke äußerst empfindlich; druckempfindlich ist auch der Dornfortsatz des vierten und fünften Lendenwirbels, doch weit weniger als der Muskel oder der analoge Punkt beim ersten Kranken. Einen Querfinger breit von der Medianlinie der Lendenwirbelsäule entfernt, sieht und fühlt man eine etwa gänseeigroße, leicht verschiebliche, weich anzufühlende, ovale Geschwulst, deren Betasten keine Beschwerden verursacht (Lipom).

Der gesamte Rumpf ist leicht nach der rechten Seite rotiert und geneigt.

Der scheinbare Schiefstand der Hüften, deren Messung beiderseits gleiche Distanzen ergibt, ist auf die starke Kontraktion der wulstförmig hervortretenden Lendenmuskulatur zurückzuführen. Auch hier finden wir zahlreiche tiefe Hautfalten wie im ersten Falle, nebst einer ähnlichen Gestaltung der Seitenkonturen des Rumpfes. Pat. zieht es vor, auf dem linken Beine zu stehen und knickt sofort unter heftigen Schmerzäußerungen zusammen, wenn er dies auf dem rechten Beine versucht. Beim Gehen schleppt er das rechte Bein wie ein Apoplektiker nach, beim Druck auf den Kopf empfindet er eine „leise Mahnung“ in der Lende, beim Drucke auf beide Schultern schreit er laut auf. Die gesamte Haut des Rückens, besonders jedoch der rechten Lumbalgegend, sowie des rechten Oberschenkels ist stark überempfindlich. Auch an der Ausgangsstelle des N. ischiadicus findet sich der typische Druckpunkt.

Außer einer Mandelentzündung, an der er vor zehn Jahren litt, sowie Nasenpolypen, die ihm vor vier Jahren herausgenommen wurden, war Pat. stets gesund. An Plattfüßen leidet er nicht.

Fassen wir nun die beiden Krankengeschichten kurz zusammen, so finden wir, daß die beiden kräftigen und sonst geraden Männer an einer typischen Lumbago litten. Der bei dem einen langsam einschleichende, bei dem anderen plötzlich einsetzende Prozeß ist auf eine rheumatische resp. traumatische Entstehungsursache zurückzuführen.



In beiden Fällen war die Lumbago rechtsseitig, obwohl die Schmerzen auch nach links und nach anderen Gegenden, besonders nach dem rechten Oberschenkel ausstrahlten (Gebiet des N. cutaneus femoris ext.). Im ersten Falle bestand eine einfache Lumbago für sich, im zweiten war sie mit Ischias kombiniert. In beiden Fällen trat das interessante Symptom einer neuromuskulären Skoliose auf, und zwar im ersten Falle war der Rumpf auf die andere Seite geneigt, auf welcher die Lumbago auftrat (heterologe Skoliose), im zweiten neigte sich der Rumpf nach der gesunden Seite (homologe Skoliose); in beiden Fällen war die Skoliose dextrokonvex, also mit ihrer Konvexität nach der kranken Seite gerichtet, jedoch im ersten Falle eine totale, im zweiten eine lumbodorsale mit einer kompensatorischen dorsozervikalen Krümmung vorhanden. In beiden Fällen waren auch typische Druckpunkte nachzuweisen, der dritte Halswirbel (Braun) war jedoch frei. Charakteristisch für diese Art der Skoliose ist das sofortige Verschwinden derselben in der Suspension. Das Übergreifen der Schmerzhaftigkeit auf die andere Seite ist bei hochgradigen Fällen von Skoliose durchaus nicht selten.

Bemerkenswert sind hiebei ferner vom differentialdiagnostischen Standpunkte einige Symptome beider Patienten, indem z. B. bei einem das bei der progressiven Muskelatrophie vorkommende Symptom des „Hinaufkletterns", bei dem anderen das für die zerebrale Apoplexie typische „Nachschleppen" des einen Beines auffiel.

Die Therapie bestand in beiden Fällen aus folgendem: Wir ließen beide Männer in den ersten drei Tagen vollkommen ruhig liegen und untersagten ihnen jede unnötige Bewegung. Am vierten Tage wendeten wir eine vorsichtige Massage der erkrankten Lendengegend und des Rückens an, welche vorzüglich aus einer kräftigen Effleurage und manuellen Vibration der Druckpunkte bestand. Petrissage und Tapotement wurde anfangs ganz unterlassen und erst am fünften Tage „einschleichend" angewendet. Um die ungeduldigen Kranken nicht ohne jede sichtbare Therapie liegen zu lassen, wurden ihnen die schmerzhaften Stellen im ersten Falle mit Jodtinktur, im zweiten mit Jodkollodium eingepinselt. Den psychischen Einfluß des Spitalsmilieus und die Anwendung von indifferenten, aber oft trostreich wirkenden Hilfsmitteln darf man in gegebenen Fällen bekanntlich niemals außeracht lassen. Später wurden beiden Kranken Schwitzprozeduren im Dampfkasten zu je zehn Minuten vorgeschrieben mit nachfolgendem wechselwarmen Regen auf die erkrankten Körperstellen, welchem ein kurzes kaltes Regenbad nachfolgte. Nach dem Bade eine einstündige Bettruhe.

Schon nach einer Woche zeigte sich in beiden Fällen, besonders bei der rheumatischen Lumbago, eine auffallende Besserung, welche uns die Kranken spontan und mit großer Befriedigung verkündeten. Es wurde sodann in der zweiten Woche, und zwar beim ersten Falle um drei Tage früher, mit heilgymnastischen Übungen begonnen, welche beiden Kranken anfangs wohl ungeheure Schmerzen, später jedoch eine große Genugtuung verursachten, indem sie sich beide jede redliche Mühe gaben, um sich in der korrekten Ausführung der vorgeschriebenen Bewegungen gegenseitig zu überflügeln.

Am leichtesten führten sie das Kommando „Hüften drehen!" aus, schwieriger ging schon das „Vor- und Rückwärtsbeugen!" Dagegen war das „Rumpfneigen, rechts!" anfangs bei beiden vollkommen undurchführbar. Dies hängt wohl mit der Erkrankung des M. lumbosacralis derselben Seite bei beiden Patienten zusammen. Doch besserte sich in derselben Reihenfolge infolge der systematisch-konsequenten und unnachgiebigen Ausführung der heilgymnastischen Vorschriften ihr Zustand so zusehends, daß der erste Kranke bereits nach drei Wochen als geheilt entlassen werden konnte (Fig. 3), obwohl ihm die Fortsetzung der Massage und der Heilgymnastik, sowie die Anfertigung von Plattfußeinlagen anempfohlen wurde. Interessant ist bei ihm, daß sich auf der linken Seite eine ganz deutliche Hypertrophie der Lendenmuskulatur, wohl infolge der lang andauernden Kontraktion derselben ausbildete, wie aus Fig. 3 deutlich zu ersehen ist. Bald darauf verließ auch der zweite Patient als gebessert das Spital.

Die greifbaren Erfolge dieser von der Norm wohl kaum abweichenden Behandlung sind um so erfreulicher, als die Behandlung der Lumbago und Ischias bekanntlich zu den Schmerzenskindern der Therapie gehört und mit wechselndem Erfolge zwischen dem absoluten Nihilismus und der Enucleatio femoris pendelt. Nicht genug kann man jedoch von der Anwendung der Morphiumspritze abraten, wie dies noch heute gerade in den besseren Ständen zu geschehen pflegt und welche meist mit Morphinismus und Marasmus endet. Als Beleg kann ich den traurigen Fall eines Hofrates aus meiner Privatpraxis anführen, bei welchem trotz der mannigfachsten Behandlung auch die Morphiumspritze nicht die ersehnte Heilung, sondern den Tod brachte.

(Schluß folgt.)

I. urologischer Kongreß in Wien.

(Fortsetzung.)

Wenn sich auch die Deutung der aus dem Beschauen des Harnes gezogenen Schlüsse selbst bei den berufenen Ärzten jener Zeit in abenteuerliche und phantastische Wege verirrte, so konnte man, so lange die Ärzte im guten Glauben vorgingen, die mangelhaften Resultate dem niedrigen wissenschaftlichen Niveau der medizinischen Kenntnisse dieser Zeit zugute halten. Die „bona fides" war jedoch bei den Ärzten durchaus nicht immer vorhanden. Man stellte die Diagnose und verordnete Medikamente, ohne den Kranken je gesehen zu haben, ja selbst auf den mündlichen Bericht eines Boten über die Beschaffenheit des Harnes wurde ordiniert. Bernard von Gordon (13. Jahrh.) gesteht die mit der Harnschau zusammenhängenden Mißbräuche ruhig ein und gibt seinen Kollegen Ratschläge, wie sie sich dem Publikum gegenüber zu benehmen haben, damit ihr betrügerisches Vorgehen nicht an den Tag komme. Bald aber artete die Kunst der Uroskopie in einen tollen Schwindel aus. Zum Teile kam der Anstoß für diesen Zerfall von seiten der Araber, deren mystische und zum Aberglauben hinstrebende Medizin schon im 13. Jahrhundert das ganze Abendland beeinflußte, zum Teile trug die Schuld der Umstand, daß sich Laien der Sache bemächtigten. Abenteurer und Charlatane aller Art eröffneten als Uroskopen ihre Buden, hängten als Schild das typische, bauchige Uringlas aus und trieben mit der Leichtgläubigkeit des Publikums ein ebenso schwindelhaftes als einträgliches Gewerbe. Die Uroskopie war zur Uromantie geworden. Noch im 17. Jahrhundert schrieb Robertus Fludd, der Zeitgenosse Bacons und Harveys, zwei Traktate über Uromantie, in welchen mit Hilfe der Planeten unter Heranziehung der astrologischen Forschungen jener Zeit nach Besichtigung oder auch bloß nach Beschreibung des Harnes diagnostiziert und ordiniert wird.

Einzelne Stimmen erhoben sich schon früh gegen die Uroskopie, wie z. B. Petrarca im 13. Jahrhundert. Domprediger Johann Geiler in Straßburg im 15. Jahrhundert. Im 16. Jahrhundert machte sich diese Bewegung allgemein bemerkbar.

Seit dem 16. Jahrhundert, dem Zeitalter der Wiedergeburt und des mächtigsten Aufschwunges des geistigen Lebens, bereitete sich allmählich die Loslösung der Medizin aus dem Banne der Galenschen Lehre vor, welche über ein Jahrtausend die gesamte Medizin beherrscht hatte. Durch die Entwicklung der wissenschaftlichen Anatomie (Vesal), der Physiologie, deren bedeutendste Errungenschaft die Entdeckung des Blutkreislaufes durch Harvey war, die Begründung der mikroskopischen Anatomie durch Malpighi und Leeuwenhoek, durch die mit Enthusiasmus und ungewöhnlicher Schlagfertigkeit verfochtenen Lehren des Paracelsus, welche die Basis bilden für die Lehre von der Bedeutung der Chemie in der Medizin, begann eine Periode



freier Forschung, deren Errungenschaften bis zum heutigen Tage nicht verloren gegangen sind. Insbesondere dem lebhaften Geiste des mit Unrecht viel geschmähten Paracelsus ist es zu danken, daß Leben und Bewegung in die in starrem Dogmatismus verharrende Medizin kam. „Wenn auch in den Lehren des Paracelsus strenge Wissenschaftlichkeit sich nirgends findet, wenn namentlich seine chemischen Theorien kaum mehr sind als dunkle Ahnungen von der Bedeutung, die eine Verwertung der Chemie in der Medizin gewinnen könnte, so hat er doch in die stagnierenden medizinischen Anschauungen seiner Zeit Gärung gebracht, der auf ihn folgenden Medizin des 17. Jahrhunderts den Stempel aufgedrückt" (Leube).

Paracelsus' Schüler und Nachfolger verfolgten die chemische Richtung weiter. Die erste Wirkung dieser Paracelsusschen Ideen war aber die Entwicklung einer spagyrischen Medizin, auf unserem Gebiete phantastische Harnuntersuchungen durch Destillationsverfahren, wie sie namentlich bei Leopold Thurneissen zum Thurm hervortritt. Doch wurden unter dem Einflusse des Aufschwunges der Physik im 16. und 17. Jahrhundert auch physikalische Methoden zur Harnuntersuchung herangezogen. (Van Helmont) Bischof Nikolaus Cusanus, Leopold Thurneissen bestimmten das relative Gewicht des Harnes und S. H. Methe bildet ein Instrument zur Bestimmung des spezifischen Gewichtes ab, Hydrometrum genannt, welches ganz ähnlich dem jetzt gebräuchlichen Urometer gebaut war. Petrus Borellus nahm die ersten mikroskopischen Untersuchungen des Harnes vor.

Von weittragendster Bedeutung aber waren die Versuche Bellinis, welcher die eigentliche chemische Richtung inaugurierte, denn jetzt erst finden wir die ersten Anfänge einer wissenschaftlichen Analyse. Bellini (1643—1704) definiert den Urin als eine Exkrementflüssigkeit, vom Blute in den Nieren ausgeschieden, welche durch die Harnleiter in die Blase gelangt und von dort durch die Urethra ausgeschieden wird. Es ist notwendig, den Urin während einer Krankheit mit dem normalen Urin desselben Individuums zu vergleichen. Er erwärmt den Urin, beobachtet dabei Veränderungen der Farbe, Konsistenz und Durchsichtigkeit und stellt nach teilweisem Eindampfen durch Zugießen von Wasser eine dem ursprünglichen Urin analoge Flüssigkeit wieder her. Der Urin besteht demnach aus drei Elementen: Wasser, Salz und Tartarus. Die Konsistenz des Urins hängt ab von dem Verhältnis zwischen flüssigen und festen Stoffen. Er betont auch die Bedeutung des spezifischen Gewichtes, welche zuerst von van Helmont geahnt, aber nicht genau präzisiert worden war.

Boerhave, der Bellinis Werk über den Urin in fünfter Auflage herausgegeben hat, setzt Bellinis chemische Versuche fort, um sich über die Beschaffenheit des Urins zu informieren und findet darin eine große Befriedigung: „artium amoenissima et verae physicae fondatrix chemia". Für die Bestimmung des spezifischen Gewichtes taucht er eine Barometerröhre in den Harn eines Gesunden, gießt soviel Quecksilber hinein, daß ein bestimmter Teil des Rohres untertaucht, dann setzt er dieselbe Röhre in Urin von Kranken und wägt die Menge des Quecksilbers, welche er zusetzen oder wegnehmen muß, damit das Rohr bei der gleichen Marke in der Flüssigkeit steht. Aus der Differenz der verschiedenen Gewichte zieht er dann seine Schlüsse. Boerhave verlangt, daß man den Urin nicht nur riechen, sondern auch kosten solle.

Die vielfache Beschäftigung mit der Chemie des Harnes führte nun noch im 18. Jahrhundert und in den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts zur Entdeckung verschiedener normaler und pathologischer Harnbestandteile, von denen ich nur den Harnstoff (1773 schon von Rouelle dem Jüngeren, wenn auch nicht rein, 1799 durch Cruikshank und bald darauf von Fourcroy und Vauquelin gefunden, 1828 dann von Wöhler synthetisch dargestellt, ein Experiment von weittragendster Bedeutung), die Harnsäure (1770 durch Scheele gefunden), die Milchsäure (durch Berzelius 1807) und das Kreatinin (durch J. Liebig 1847) erwähnen will. Die Entdeckung des Eiweißes wird gewöhnlich Cottugno zugeschrieben (1770). Leube machte darauf aufmerksam, daß zweifellos schon Fr. Dekkers 1694 das Eiweiß als Bestandteil des pathologischen Urins bekannt war. In den „Exercitiis practicis", Leyden 1694, gibt Dekkers an, daß der Urin von gewissen Kranken sich beim Kochen trübe und bei Zusatz von Essigsäure einen flockigen Niederschlag zu Boden fallen lasse. Es folgte dann bald auch die Entdeckung anderer abnormer Stoffe, wie des Traubenzuckers (Dobson), der Galle (Fourcroy und Vauquelin), des Blutfarbstoffes (Pavy, als Hämoglobin) usw. Die ersten chemischen Analysen des menschlichen Harnes, welche diesen Namen verdienen, stammen von Fourcroy, Vauquelin und Berzelius.

Besondere Schicksale hatte die Entdeckung des Zuckers im Harn, der verhältnismäßig spät erkannt wurde, trotzdem seit ältester Zeit das Kosten des Urins den Ärzten warm empfohlen wurde, und es lohnt sich wohl, hiebei ein wenig zu verweilen.

(Fortsetzung folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Die Korrektur rachitischer Verkrümmungen.

(Dr. Aberle, Wien.)

Es können sehr schwere rachitische Verkrümmungen der unteren Gliedmaßen unter einfacher antirachitischer Behandlung zur Selbstheilung gelangen. Deshalb wurde es fast zur Regel, die Operation recht lange hinauszuschieben. Gegen dieses zu lange Zuwarten mit der Operation sprechen aber die Erfahrungen an dem umfangreichen rachitischen Krankenmateriale des Ambulatoriums von Prof. Lorenz. Sogar an Kindern, die in besseren Verhältnissen aufwuchsen, sind die Selbstheilungen keineswegs überzeugend. Besonders hartnäckig sind die winkligen Knickungen der Schienbeine nach vorne und die rachitischen X-Beine. Ohne also die Garantie der Selbstkorrektur zu haben, wird durch die zuwartende Behandlung einerseits der günstigste Zeitpunkt zur Operation versäumt, andererseits werden durch Ausbildung von Gegenkrümmungen viel kompliziertere Verhältnisse geschaffen. Es empfehlen sich folgende Normen für die Behandlung: In allen Fällen ist das floride Stadium der Rachitis abzuwarten (bis zirka zum vierten Lebensjahre). Die weitere Behandlung wird nicht durch das Alter, sondern den Verlauf der Erkrankung bestimmt. Zeigt sich dabei eine Selbstbesserung ohne Auftreten von Gegenkrümmungen, soll der Fall der Naturheilung überlassen werden, auch dann, wenn das Kind etwa sieben Jahre und darüber ist. Nimmt jedoch die Hauptkrümmung zu oder bilden sich stärkere Gegenkrümmungen aus, so soll mit der Operation nicht länger gezögert werden, besonders da diese vollkommen gefahrlos ist. Als Operationsverfahren empfiehlt sich die subkutane, das ist die unter der Haut ausgeführte Anmeißelung des Knochens an der gewünschten Bruchstelle mit folgendem Einknicken des Knochens. Ein Moment endlich ist aber auch nicht unberücksichtigt zu lassen: das kosmetische. Man wird sich manchmal zu einer frühzeitigen Korrektur im Interesse der Eltern entschließen müssen, aber auch der Kinder selbst, da unter dem Bewußtsein, ein Krüppel zu sein, die Psyche mancher Kinder oft erheblich leidet.

Die Schlafkrankheit.

(Prof. Mühlens, Wilhelmshaven.)

Die Trypanosomenerkrankung hat in den letzten zehn Jahren in West- und Ostafrika große Ausdehnung gewonnun. Der Krankheitserreger ist das Trypanosomen gambiense. Durch Sekundärinfektionen mit Strepto- und Diplokokken wird der Ausgang der Krankheit meist beschleunigt; ihr Verlauf ist stets tödlich. Eitrige Hirnentzündungen pflegen sich der Schlafkrankheit hinzu zu gesellen. Stechfliegen tragen erheb-



lich zur Übertragung der Krankheit bei. Jedoch steht noch nicht fest, ob die Übertragung in der Natur unmittelbar durch den Stich von Person zu Person erfolgt oder erst, nachdem die Trypanosomen vorher in der Fliege eine Entwicklung vielleicht geschlechtlicher Art durchgemacht haben. Das klinische Bild hat eine gewisse Ähnlichkeit mit dem der progressiven Paralyse. Eine solche zeigt sich auch in den pathologisch-anatomischen Veränderungen des Zentralnervensystems. Die Diagnose geschieht durch den Nachweis der Trypanosomen im Blute und in der Zerebrospinalflüssigkeit, besonders aber in den stets geschwollenen Lymphdrüsen am Nacken. Experimentelle Infektion mit Trypanosomen gambiense von Mäusen, Ratten, Kaninchen, Katzen, Hunden, Affen und Meerschweinchen erzeugt eine chronische, fast stets tödlich endende Trypanosomeninfektion; bei Affen wurde auch ein Schlafstadium beobachtet. Das beste Mittel dagegen ist Atoxyl. Zur Unterstützung der Atoxylwirkung kommen eventuell auch noch Farbstoffe, unter diesen besonders Parafuchsin, Fuchsin, ferner Strychnin und Sublimat in Betracht. Die zur Bekämpfung erforderlichen Maßnahmen sind: Feststellung aller Kranken- und Parasitenträger; Unterbringung der mit Trypanosomen Infizierten in besonderen größeren fliegenfreien Niederlassungen, in einigen Kilometer Entfernung von Seen und Flußläufen; Einrichtung von Überwachungsstationen an den Verkehrsstraßen; in denen alle Eingeborenen mit Nackendrüsenschwellung genau auf Trypanosomen untersucht werden müssen; Bekämpfung der Parasiten im Menschen durch therapeutische Eingriffe; Fliegenvertilgung durch Niederlegen des dichten Buschwaldes in der Nähe der Wasserläufe, eventuell Vernichtung der von den Fliegen heimgesuchten Tiere (Krokodile und Wild); mechanischer Fliegenschutz in durchseuchten Distrikten und endlich Belehrung der Eingeborenen, eventuell Anstellung von Eingeborneninspektoren.

Der Familienmord.

(Prof. Straßmann, Berlin.)

Der Familienmord ist ein Delikt ganz spezieller Art, und man findet dabei auch bestimmte Arten seelischer Beschaffenheit. Bei zehn Frauen, die durchweg vom Schwurgerichte freigesprochen wurden, soweit sie nicht schon auf Grund des ärztlichen Gutachtens außer Verfolgung gesetzt worden waren, war die Ursache des kombinierten Selbstmordes durchweg häusliches Mißgeschick mancher Art, schwere fortgesetzte Mißhandlungen durch den Ehemann, die sich zum Teile auch auf die Kinder erstreckten, Untreue des Mannes. Notlage usw. In der Mehrzahl der Fälle traf dieses Ungemach eine schon von vornherein psychopathische Konstitution, in dem anderen hatten die verschiedenen deprimierenden Einwirkungen sich untereinander oder mit gleichzeitiger Gravidität oder puerperaler Erkrankung kombiniert. Fast jedesmal ließ sich nachweisen, daß diese Momente, die schließlich den Selbstmord bewirkten, schon vorher einen ausgesprochen neurasthenischen, seltener hysterischen Zustand hervorgerufen hatten. Daher wurde in Gutachten jedesmal hervorgehoben, daß Affekthandlungen nervös abnormer Personen vorlagen, daß von einer Überlegung im strafrechtlichen Sinne nicht die Rede sei und kein Mord, sondern nur Totschlag in Betracht käme. In einem Teile der Fälle war die vor und nach der Tat gezeigte Depression so erheblich, daß man wohl von einer melancholischen Störung sprechen und die Zurechnungsfähigkeit ausschließen konnte. Anderemale erschien die Erinnerung an die Vorgänge bei der Tat getrübt, so daß an einen pathologischen Affekt zu denken war und ebenfalls Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit ausgesprochen wurden. Wenn auch in den Fällen, in denen bei der Begutachtung die Zurechnungsfähigkeit nicht verneint wurde, Freisprechung erfolgte, so kann dafür die Erwägung angeführt werden, daß der Selbstmord an sich nicht strafbar ist, daß die gleichzeitige Tötung der Kinder aus altruistischen Motiven geschah, daß die Frauen ohne eigene Schuld in die Notlage gekommen waren, aus der sie keinen Ausweg sahen, daß, abgesehen von dieser Tat, irgend eine Gefährlichkeit, die Notwendigkeit einer bessernden Einwirkung auf sie nicht ersichtlich war. Vom Standpunkte der Zwecktheorie wird man gegen diese Freisprechungen daher kaum etwas einwenden können und es ist nicht notwendig, ihretwegen Abänderungen der strafgesetzlichen Vorschriften zu befürworten, wie das gelegentlich geschehen ist. (Anerkennung des kombinierten Selbstmordes als besonderes Delikt mit mildernden Strafen gegenüber dem gewöhnlichen Totschlag.)

O. Ziemssen, Wiesbaden, sprach über Heilung der Ischias und führte u. a. aus: »Es genügt nicht bei Diagnose der Ischias zu sagen, es handle sich um eine Ischias; es muß vielmehr neben der Diagnose der Ischias gleichzeitig die Diagnose der Ursache der Ischias festgelegt werden. Erstrebt man dies in jedem einzelnen Falle, so findet man, daß mit Ausnahme der durch Trauma oder Neubildung verursachten und deswegen chirurgisch zu behandelnden Ischias ein allgemeines Leiden oder eine konstitutionelle Prädisposition die eigentliche Grundursache der Ischias, und der Ausbruch der Ischias nur durch eine Gelegenheitsursache als lokales Produkt beider hervorgerufen ist. Was ich also zuerst betonen möchte, ist, daß bei jeder Ischias, die nicht auf Trauma oder Neubildung beruht, eine allgemeine Ursache von der lokalen zu trennen gelernt habe. Es ist hienach wohl einleuchtend und leicht verständlich, daß man durch lokale Mittel allein wenig oder nichts erreicht, wenn man nicht gleichzeitig der allgemeinen Ursache, dem allgemeinen Leiden gerecht wird und die Quelle, deren Produkte die Ischias hervorruft, zum Versiegen bringt. Nun gibt es eine große Zahl lokaler Mittel, die ohne gleichzeitige Allgemeinbehandlung als Universalmittel gerühmt werden bei der Behandlung der Ischias. Die große Zahl beweist allerdings schon, wie oft das Einzelne im Stiche läßt. Meiner Erfahrung nach gibt es nur eine lokale Methode, die die Hyperästhesie mildert und den Nerv entlastet, ohne ihn gleichzeitig zu schädigen. Dies ist die warme Dusche mit Massage im warmen Bade. Diese Methode ist, soviel ich weiß, zuerst in Aix-les-Bains in Savoyen angewandt und hat diesem Bade einen Weltruf verschafft, sie ist von mir seinerzeit in Wiesbaden eingeführt worden. Wirklichen Nutzen, und darauf möchte ich zum Schlusse doch noch einmal hinweisen, kann freilich diese Massagedusche bei der Ischias nur bringen bei gleichzeitiger zweckmäßiger, dem einzelnen Falle genau angepaßter Allgemeinbehandlung.

In der Abteilung für praktische Veterinärmedizin hielt Prof. Dr. Robert Müller, Tetschen, einen Vortrag über die sekundären Geschlechtsmerkmale und deren züchtungsbiologische Bedeutung und führte aus, daß er auf Grund seiner Beobachtungen, insbesondere in der Tierzucht, zu dem bemerkenswerten Ergebnis gelangt sei, daß die vollkommene Entwicklung der sekundären Geschlechtseigenschaften — der anatomischen wie der physiologischen (und psychologischen) — mit der größeren Vererbungskraft des Tieres in Einklang stehe. Die schwache Entwicklung des sekundären Geschlechtscharakters scheint auf eine geringe Leistungsfähigkeit der Geschlechtsdrüsen hinzuweisen. (Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Der Wert der systematischen Lumbalpunktion in der Behandlung der Zerebrospinalmeningitis. Von Prof. Dr. Johann v. Bókay.

B. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Quinckesche Lumbalpunktion besitzt bei der Zerebrospinalmeningitis entschieden kurativen Effekt, und dieser Heileffekt äußert sich nicht bloß darin, daß wir den inneren Hirndruck auf mechanischem Wege durch Ableitung des Liquor cerebrospinalis verringern, sondern findet seine Erklärung auch darin, daß pathogene Bakterien in größerer Anzahl abgehen und der Körper von toxischen Substanzen befreit wird.

2. Bei schwereren Fällen ist es notwendig, daß die Lumbalpunktion in kurzen Zwischenräumen von 1—2—3 Tagen



öfter wiederholt werde. Indikation für die Wiederholung der Punktion ergibt eine neuerliche Steigerung in der Intensität der Krankheitssymptome, bezw. die Beständigkeit der schweren Symptome, bei Kindern unter einem Jahre ergibt die neuerlich gesteigerte Hervorwölbung der Fontanelle die Indikation für die erneute Punktion.

3. Die bei den einzelnen Punktionen entleerte Flüssigkeitsmenge soll bei Kindern 30 cm^3 nicht überschreiten. Bei meinen geheilten Fällen schwankte die Gesamtmenge der entleerten Zerebrospinalflüssigkeit zwischen 165 und 350 cm^3.

4. In allen jenen Fällen, bei welchen die Punktion nur spärlich Flüssigkeit ergibt, oder aber die wenige entleerte Flüssigkeit dickflüssig und ausgesprochen eitrig ist, fragt es sich, ob von weiteren systematischen Punktionen überhaupt ein Resultat zu erwarten sei.

Das Verfahren von Vorschutz, welches darin besteht, daß er die systematische Lumbalpunktion mit der Bierschen Stauungsbehandlung kombiniert, hält B. in seinen Folgerungen für irrtümlich und ist der Ansicht, daß die um den Hals applizierte Stauungsbinde keinen Anteil an den erreichten schönen Resultaten hat und daß die Heilwirkung in seinen Fällen ausschließlich eine Folge des systematischen Punktionsverfahrens war. („Deutsche Medizinische Wochenschrift" Nr. 47, 1907.)

*

Über hysterische Schweiße. Von Hans Curschmann, Tübingen.

Mitteilungen von zwei Krankengeschichten. Es handelte sich um eine bei zwei Patientinnen bestehende und gehegte Tendenz bei Erkältungen, „Influenzen", zu schwitzen, vielleicht zu Anfang artefiziell mittels der üblichen Prozeduren, später und während der beobachteten Schwitzneurose völlig spontan und ohne alle Mittel. Das psychische Verhalten mußte zu der Annahme einer rein hysterischen Störung führen. Der glückliche Ausfall der Suggestivbehandlung vollendete den Beweis. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1907.)

*

Einige Fragen zur pharmakologisch-klinischen Bedeutung der „Stomachika". Von Dr. P. Rodari, Zürich.

Rodari unterscheidet folgende Arten von Mitteln oder Agentien, die in erweitertem Sinne des Wortes als Magenmittel oder Stomachika bezeichnet werden dürfen:

1. Mittel, welche auf die anatomische Beschaffenheit der Magenschleimhaut (Entzündungsform, Substanzverlust) sowie auf die chemische Funktion des Drüsenapparates in typischer Weise einwirken. Hiezu gehören verschiedene, unter sich wieder höchst differente Agentien, welche bestimmte Gruppen bilden, so einerseits die Kohlensäure, die Mineralwässer und die salinischen Mittel, andererseits gewisse Adstringentien, wie die Wismut- und Silbersalze und deren Derivate; ferner das Morphin, das Atropin und ähnliche heroische Medikamente.

2. Mittel, welche keinen typischen, auf jeden Fall einen unwesentlichen Einfluß auf die anatomische Beschaffenheit und die chemischen Funktionen des Magens haben, deren Wirkung vielmehr „funktionell", mehr auf die sensiblen Magennerven gerichtet ist. Von ausgesprochener Wirkung sind hier das Kokain und seine Ersatzmittel, sowie etwas schwächer, aber ungefährlich, das Orthoform und Anästhesin, ferner in geringerem Maße die Menthol- und Thymolpräparate und endlich im geringsten Grade von sehr zweifelhafter Wirkung die Bittermittel, die Amara oder Stomachika im engeren Sinne des Wortes.

3. Mittel, welche peptisch wirken, d. h. welche von sich aus verdauen, einen Teil der Verdauungsarbeit des Magens selbst übernehmen und damit die mangelhafte Magenverdauung verbessern. Hiezu gehören die künstlichen Fermente, wie das Pankreatin, Pankreon und vor allem das Papain oder Papayotin, nicht aber, entgegen früheren Annahmen, das künstlich eingeführte Pepsin und die Salzsäure.

4. Mittel, die antifermentativ wirken, d. h. die die Gärungen bei mangelhaftem Magenchemismus bekämpfen und einschränken. Es sind dies gewisse Antiseptika und Antifermentativa, z. B. Phenolderivate, wie Resorcin, Salizylpräparate, Thymol, Menthol und als bestes Präparat der Sauerstoff in statu nascendi, d. h. das Magnesiumsuperoxyd.

Die große Mehrzahl der Magenerkrankungen primärer wie sekundärer Natur hat in funktioneller Hinsicht ein objektives Symptom gemeinsam: die mangelhafte Peptonisierung der Eiweißstoffe und die damit Hand in Hand gehende Zunahme der Gärungen und Fäulnisprozesse während der Verdauung. Eine Ausnahme hievon bilden nur die selteneren Zustände mit normalem Chemismus oder mit Steigerung der Sekretion (nervöse Hyperchlorhydrie, Gastritis acida, das typische Ulcus ventriculi). Bei den weitaus häufigeren Erkrankungen mit mangelhaftem Chemismus soll man neben der kausalen Therapie in symptomatischer Hinsicht dieses Manko und dessen Folgen auszugleichen suchen. Nun soll nach R. ein Medikament symptonatisch die Folgen der Hypopepsie oder Apepsie bekämpfen, so muß das betreffende Präparat peptische und zugleich antifermentative Eigenschaften haben. Von der Salzsäure können wir nach den Untersuchungen von Riegel, Honigmann, v. Noorden u. a. keine peptische Wirkung verlangen, weil ihre medikamentös zugeführten Mengen viel zu gering sind. Man denke daran, daß 100 Tropfen von Acidum hydrochloricum dilutum bloß 18 *g* Eiweiß zu verdauen vermögen. Auch ist die verordnete HCl kein Erregungsmittel auf die natürliche Sekretion. Auch von Pepsinpräparaten können wir nicht viel erwarten, wirkt das Pepsin doch nur bei genügend vorhandener Salzsäure, und diese genügende Quantität ist eben, wie erwähnt, auf künstlichem Wege nicht erreichbar. Im Gegensatze zum Pepsin ist das Pankreatin nur im alkalischen Medium wirksam, und darin liegt gerade die Einschränkung von dessen Verwendbarkeit. Dagegen besitzt das aus dem Milchsafte der Carica Papaia hergestellte Pulver, das Papayotin, eine mächtige eiweißverdauende Kraft, so daß 1 *g* der Substanz bis zu 200 *g* Eiweiß peptonisieren kann, und zwar ist diese peptische Fähigkeit nicht an eine bestimmte Reaktion des Mageninhaltes gebunden, sie ist in saurem, d. h. leicht saurem, alkalischem und neutralem Medium vorhanden.

Die künstliche Verbesserung des peptischen Prozesses schränkt naturgemäß schon an sich die Neigung zu Gärungen des Mageninhaltes ein, jedoch nur bis zu einem gewissen Grade. Zur Erhöhung dieses letzteren habe R. mit der peptischen Wirkung noch eine direkte antifermentative oder antiseptische kombiniert. Frühere diesbezügliche sehr günstige Beobachtungen mit dem Wasserstoffsuperoxyd veranschaulichten ihm den großen, von keinem anderen Antiseptikum übertroffenen Wert des Sauerstoffes in statu nascendi als Magenantiseptikum. Rodari schlägt nun eine Komposition, die aus Papain, Magnesiumperoxyd, sowie zur direkten Beeinflussung der Darmfäulnisprozesse, noch aus dem hiegegen von Ewald eingeführten Benzonaphthol und einigen indifferenten Bindemitteln besteht, vor.

Die symptomatischen Erfolge mit dieser Komposition, Pepsorthin genannt (πέψις = Verdauung, ὀρθόω = verbessern), haben in praxi seinen theoretischen Erwartungen völlig entsprochen. Doch hebt Rodari hervor, daß dieses Präparat nur ein symptomatisches Anwendungsgebiet haben könne, neben welchem die kausale Therapie den eigentlichen Heilfaktor bilden muß. (Zentralblatt für die gesamte Therapie Nr. 5, 1907.)

*

Der Einfluß des Alkohols auf die opsonische Kraft des Blutes.

Dr. Chas. E. Stewart, Professor der Medizin am American Medical Missionary College veröffentlicht im American Journal of Inebriety, Autumn 1907 einen höchst interessanten Aufsatz über Versuche, die über die opsonische Kraft des Blutes nach Zufuhr von Alkohol in den Organismus oder bei Mischung mit Alkohollösungen im Reagenzglase ausgeführt



worden sind. Stewart wurde zu seinen Untersuchungen durch eine Äußerung veranlaßt, die Prof. Wright gelegentlich einer Vorlesung über die Mittel, welche die Phagozythose beeinflussen, getan hatte; diese ging dahin, daß die Leukozythen „antitemperenzlerisch“ seien, und gründete sich darauf, daß sie vom Blutserum befreit und in Alkohol aufgeschwemmt größere Phagozythose entwickeln. Diese Feststellung überraschte Stewart, weil ihn seine praktische Erfahrung gelehrt hatte, daß bei den Krankheiten, bei denen die Phagozythose eine große Rolle spielt, um den Körper von den Bakterien zu befreien, wie bei Tuberkulose und Pneumonie, die Entziehung des Alkohols deutliche Besserung verursacht. Da die Literatur keinerlei Aufklärung über die wichtige Frage des Einflusses des Alkohols auf die vis medicatrix naturae enthielt, so wurden einige Versuche angestellt, die trotz ihrer geringen Zahl wegen ihrer gleichmäßigen Ergebnisse einen ziemlich sicheren Schluß gestatten.

Über die Wirkung des Alkohols auf die Phagozythose in vitro hatte vorher schon Rubin (Jour. A. M. A., Vol. XLVIII., Nr. 17, p. 1432) Versuche angestellt, zu denen Staphylokokken, Streptokokken und Pneumokokken verwendet wurden. Das Ergebnis war folgendes:

	Grad der Alkokolverdünnung	Bakterium	Kontroll-	Alkohol-
			Versuch	
Nr. 1	1 zu 1000	Staphylokokkus	4·5	5·5
„ 2	1 „ 500	„	25	14
„ 3	1 „ 400	Streptokokkus	4	2
„ 4	1 „ 300	Pneumokokkus	11	3
„ 5	1 „ 200	„	7	1
„ 6	1 „ 100	„	26	4
„ 7	1 „ 50	„	5	0

Aus diesen Versuchen geht hervor, daß ein Teil Alkohol auf 50 Serum genügt, um die Phagozythose vollständig aufzuheben und daß selbst die schwache Verdünnung von 1 zu 500 die Wirkung um 44% vermindert.

Die eigenen Versuche Stewarts erstreckten sich auf die Wirkung kleiner innerlich verabreichter Alkoholmengen auf Personen, deren normaler opsonischer Index 0·75 oder darüber betrug und die vorher abstinent gewesen waren, sowie auch auf die Wirkung des Alkohols auf die Phagozythose in vitro. Das Ergebnis der Versuche war kurz zusammengefaßt das folgende: Wurde der Alkohol in Form von Portwein (zwei Unzen) innerlich verabreicht, so erniedrigte sich der opsonische Index für den Tuberkelbazillus von 1·17 vor der Verabreichung des Weines auf 0·73 nach derselben, und der Index für den Streptokokkus von 1·12 auf 0·655, also im ersteren Falle um 37, im letzteren um 42%. Wurden zwei Unzen Peruna gegeben, so wurde der Index für den Tuberkelbazillus binnen vier Stunden allmählich von 1·12 auf 0·133, der für den Streptokokkus von 1·09 auf 0·68 herabgesetzt, das bedeutet einen Verlust von über 88 bezw. 36% der opsonischen Kraft.

In vitro zeigte sich schon nach Zusatz von 5% Alkohol eine Herabsetzung der Durchschnittsnormalindex von 0·922 auf 0·436, also einen Verlust von 52·71%, der sich bei Erhöhung des Alkoholzusatzes auf 10 und 20% auf 66·37 bezw. 86·11% steigerte.

Stewart zieht daraus den Schluß, daß der Alkohol in erheblichem Maße die Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzt und im Gegensatze zu der vis medicatrix naturae steht. Nach Wright „liegt in der Erhöhung der antibakteriellen Kraft des Blutes ohne allen Zweifel die wertvollste Tätigkeit der Heilkunde“; da nun der Alkohol nach diesen Untersuchungen pro-bakteriell wirkt, und daher eine starke Schädigung und keinen Nutzen verursacht, so sollte er folgerichtig aus unserem ärztlichen Rüstzeuge entfernt werden, zum mindesten so weit es sich um die interne Verabreichung bei Infektionskrankheiten handelt.

*

Über Anurie. Von Dr. Julius Vogel, Berlin.

Anurie kann als Symptom einer ganzen Anzahl von Krankheitsbildern eigentümlich sein.

Es ist selbstverständlich, daß scharf zu unterscheiden ist zwischen Harnverhaltung und Anurie, daß diese Bezeichnung nur dann angewandt werden darf, wenn erweislich sich kein Urin in der Blase befindet. Die Einteilung der verschiedenen Formen der Anurie dürfte zweckmäßig nach folgenden Gesichtspunkten erfolgen: Die durch Störungen in der Blutzirkulation verursachte Anurie, die Anurie bei entzündlich-degenerativen Prozessen in den Nieren, die Obstruktionsanurie (Steine, Tumoren, Strikturen des Ureters, Traumen usw.) und die Anurie aus nervösen Ursachen.

Der Vorgang der Harnabsonderung ist ein recht komplizierter, Filtration, Osmose und — wie man wohl als sicher annehmen darf — aktive Sekretion der Nierenepithelien sind daran beteiligt. Diese Faktoren sind mehr oder weniger abhängig von dem Blutdruck, der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes und seinem Sauerstoffgehalt. Die Menge des Nierenfiltrates wird bestimmt durch den im Glomerulussystem herrschenden Druck, der seinerseits in direktem Zusammenhange steht mit dem Aortendruck, mithin mit der Herztätigkeit selbst. Wir wissen aus dem Tierexperiment sowohl als auch aus hundertfältiger Erfahrung am Krankenbette, daß die Harnsekretion aufhören muß, sobald der Aortendruck unter ein gewisses Minimum (bei einem mittelgroßen Hunde zirka 40 *mm* Hg) sinkt. Wegen mangelnden Druckes läßt die Filtration nach oder hört ganz auf, ebenso die aktive Sekretion der Nierenepithelien, diese zum Teil infolge der ungenügenden Ernährung, zum Teil auch wegen des fehlenden Sauerstoffreizes. So kann es bei allen Herzerkrankungen, die mit Zirkulationsstörungen einhergehen, zum Versiegen der Harnabsonderung kommen, zumal noch einige weitere schädigende Momente bei ungenügendem Blutstrom zu berücksichtigen sind. Die durch die Stauung zurückgehaltenen Blutmassen wirken an sich schädigend durch die Kohlensäureüberladung und durch ihren Druck auf das sehr empfindliche Nierengewebe; abgesehen davon aber setzen sie dem Blutstrom, der schon unter normalen Verhältnissen in den Nieren einen sehr großen Widerstand zu überwinden hat, wenn er geschwächt ist, ein unüberwindliches Hinderniß entgegen, zumal die Ausdehnungsfähigkeit dieser Organe infolge des Vorhandenseins der fibrösen Kapsel eine beschränkte ist. So kann bei Zurückhaltung größerer Blutmengen der intrarenale Druck bis zu einer ganz gewaltigen Höhe ansteigen.

Dasselbe kann eintreten, wenn die Kreislaufstörung nicht durch eine Erkrankung des Herzens oder der Blutgefäße verursacht ist, sondern wenn irgendwelche Organe durch Verlagerung oder Vergrößerung oder auch Geschwülste die Zirkulation beeinträchtigen. Tumoren der Abdominalorgane, bei Frauen namentlich große Ovarialtumoren, können zu einer Störung der Nierenfunktion führen. Gefürchtet ist die in den späten Stadien der Schwangerschaft auftretende Anurie, die zur Eklampsie führt. Mag auch die durch den vergrößerten Uterus bewirkte Zirkulationsstörung nicht als einziges ursächliches Moment anzusprechen sein, so scheint es doch zweifellos, daß sie bei der Entstehung dieser gefürchteten Krankheit eine wichtige Rolle spielt. Für diese Ansicht spricht, daß dem eklamptischen Anfall keineswegs immer nephritische Erscheinungen vorausgegangen zu sein brauchen, vielmehr ist, wie Olshausen (Schröders Handbuch der Geburtshilfe) betont, der Sektionsbefund in dieser Hinsicht sehr oft völlig negativ. Es findet sich eben nur hochgradige Stauung der Abdominalorgane.

Ein häufiges Ereignis ist das Auftreten der Anurie im Verlaufe der entzündlich-degenerativen Nierenerkrankungen.

Weiters kann die Anurie nicht durch das Aufhören der Harnabsonderung hervorgerufen sein, sondern dadurch, daß der Abfluß in irgend einem Teile der Harnwege behindert ist. Ein Konkrement kann in jedem Abschnitt des Harnleiters stecken bleiben und ihn verstopfen.

Strikturen der Ureteren sind seltene Vorkommnisse, doch machen auch sie gelegentlich den Harnabfluß unmöglich. Bei allen diesen Erkrankungen kommt es zur Anurie namentlich dann, wenn sich eine unter hohem Drucke



stehende Hydronephrose entwickelt hat. Eine solche scheint, ebenso wie mit dem Nierenparenchym in direktem Kontakt stehende Nierenbeckensteine, einen besonders starken Reiz auszuüben, der leicht auf das zweite Organ überspringt. Nicht selten verursacht eine stark bewegliche Niere durch Herabsinken eine Abknickung ihres Ureters. Bei solchen anfallsweise auftretenden Attacken ist Oligurie eine regelmäßige Begleiterscheinung: doch kommt es auch gelegentlich zu einer totalen Anurie, die als eine reflektorische aufzufassen ist.

Unter den nervösen Störungen der Harnabsonderung spielt die schon erwähnte reflektorische Anurie die wichtigste Rolle. Es können Zweifel darüber nicht mehr bestehen, daß von einer erkrankten Niere aus die zweite gesunde in bezug auf ihre Sekretionsfähigkeit beeinflußt wird.

Wenn hier darauf hingewiesen wurde, daß infolge einseitiger Nierenerkrankung entstandene Oligurie oder Anurie durch Entfernung des funktionsunfähigen Organs behoben werden kann, so darf andererseits nicht unerwähnt bleiben, daß auch gegenteilige Beobachtungen vorliegen, wonach gerade nach einer Nephrektomie sich Anurie eingestellt hat. Auch diese ist als reflektorische gedeutet worden. Daß in diesen Fällen Reflexvorgänge eine Rolle spielen können, ist allerdings wahrscheinlich. Trotzdem wird man hier nicht ohne weiteres von einer „reflektorischen Anurie“ sprechen können, denn für die Erklärung dieser Tatsache kommen eine Reihe von Vorgängen in Frage. Außer dem Operationschok ist der Umstand zu berücksichtigen, daß durch die Ausschaltung eines so großen Gefäßgebietes, wie es bei einer Nierenexstirpation der Fall ist, plötzlich hochgradige Änderungen im Gesamtblutdruck hervorgerufen werden, die naturgemäß in besonderem Maße die zurückgebliebene Niere belasten.

Sicher ist, daß durch Reizung der Ureterschleimhaut auf nervösem Wege Beeinflussungen der Harnabsonderung erfolgen können, die in der Tat als Reflexvorgänge gedeutet werdeh müssen. Jeder, der sich häufiger mit dem Katheterismus der Ureteren befaßt, kennt und fürchtet die im Anschlusse an diesen Eingriff bisweilen auftretende Oligurie oder Anurie, welche — ebenso wie die gelegentlich sich einstellende reflektorische Polyurie — es unmöglich macht, ein klares Bild von der Funktionstüchtigkeit der zu untersuchenden Niere zu gewinnen. Vereinzelte Boobachtungen scheinen darauf hinzudeuten, daß auch durch heftige Reizung der Blasenschleimhaut reflektorischer Stillstand der Nierentätigkeit hervorgerufen werden kann. Zwischen den Nieren und der Blase bestehen sehr nahe nervöse Beziehungen, welche zur Auslösung von Reflexvorgängen zwischen diesen Organen führen können.

Ein heikles Thema ist die hysterische Anurie. Ihr Vorkommen ist von hervorragenden Forschern wie Charcot, Leube und anderen festgestellt worden und gilt als sicher. Eben so sicher aber ist, daß diese Erkrankungsform eine Seltenheit ersten Ranges darstellt. Die Diagnose „hysterische Anurie“ darf daher nur mit größter Vorsicht und Reserve gestellt werden, wenn jede andere Ursache für den Stillstand der Nierentätigkeit mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Wir haben noch jener Störungen der Harnabsonderung zu gedenken, die im Verlaufe von Vergiftungen zur Beobachtung kommen. Sie können nicht von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus betrachtet werden, da der Weg ihrer Entstehung naturgemäß von der Wirkungsweise des auslösenden Agens bestimmt wird. Es gibt Gifte, die schwer entzündliche, auch degenerative Veränderungen in den Nieren hervorrufen und wieder andere, die in erster Linie auf das Nervensystem wirken.

Die Zeitdauer, bis zu welcher der menschliche Organismus den Mangel jeglicher Nierenausscheidung ertragen kann, schwankt innerhalb recht weiter Grenzen. Zuweilen tritt der Tod nach wenigen Stunden ein, während andererseits sogar eine Frist von 30 Tagen beobachtet worden ist. Die Schwere des Krankheitsbildes und der Verlauf wird bestimmt durch das frühere oder spätere Einsetzen der Urämie, des Schwestersymptoms der Anurie. Die Überladung des Blutes mit harnfähigen Substanzen und dadurch verursachte allgemeine Harnvergiftung kann sich schon sehr bald nach dem Aufhören der Nierentätigkeit bemerkbar machen, sie kann aber auch erst nach einer Reihe von Tagen auftreten. Bemerkenswerte Unterschiede ergeben sich hier zwischen den durch Obstruktion der Harnwege verursachten Formen der Anurie und den bei Niereninsuffizienz auftretenden. Bei diesen pflegt die Urämie viel schneller einzusetzen als bei jenen. Sie bedeutet den Beginn der völligen Funktionsunfähigkeit der Nieren, bei den akuten Entzündungen also den Zeitpunkt, wo die gesamten Organe von dem Prozeß ergriffen, von Blutungen und Exsudaten durchsetzt sind, bei den chronischen beweist sie, daß das Harn bereitende Gewebe bis auf winzige Reste zugrunde gegangen ist.

Die Prognose ist naturgemäß abhängig von dem Grundleiden. Am schlechtesten ist sie dort, wo es sich um ausgedehnten Untergang von Nierengewebe handelt, also in späten Stadien der chronischen Nephritis, der bakteriellen Nierenentzündungen und Nierentumoren. Bei den akuten Formen der Nephritis ist die Prognose der Anurie sehr ernst, aber nicht ganz aussichtslos. Bei der zirkulatorischen Anurie ist sie abhängig von der Reservekraft des Herzens. Am günstigsten liegen in der Regel die Verhältnisse in den Fällen, wo ein Abflußhindernis des Urins vorliegt, ohne daß es bereits zu hochgradigen Zerstörungen in den Nieren gekommen ist. Hier hängt die Prognose in erster Linie ab von dem Zeitpunkte des operativen Eingriffs, der allein Rettung bringen kann; je früher dieser erfolgt, desto günstiger sind die Chancen für die Heilung.

Auch die interne Therapie hat zuweilen recht gute Erfolge zu verzeichnen. Wenn zirkulatorische Störungen vorliegen, behauptet die Digitalistherapie ihre altangestammten Rechte. Man wird sie unterstützen durch ein gutes Diuretikum. Von Mitteln dieser Art sei außer dem Diuretin namentlich das Theocin-Natrium aceticum genannt, das bei günstig gearteten Fällen oft eine erstaunlich gute Wirkung entfaltet. Bei der im Verlaufe der chronischen Nephritisformen sich einstellenden Anurie leistet der Aderlaß gute Dienste, wenn überhaupt die Möglichkeit eines therapeutischen Erfolges vorliegt.

Wo die Anurie durch ein mechanisches Hindernis des Urinabflusses verursacht ist, kann nur die operative Therapie in Frage kommen. Das größte Interesse beanspruchen hier die Steinerkrankungen der Nieren. In Ausnahmefällen, wenn es sich um sehr kleine Konkremente handelt, kann auch hier der Harnleiterkatheterismus gute Dienste leisten, da es unter Umständen gelingt, den Stein so weit zu lockern, daß die Peristaltik des Ureters im Vereine mit dem nachfolgenden Urin ihn in die Blase hinunterbefördern können.

Schwierig ist es zuweilen, die erkrankte Seite ausfindig zu machen, indessen wird das bei aufmerksamer Verwertung der anamnestischen Angaben in der Mehrzahl der Fälle gelingen. Wie aber soll man vorgehen, wenn beide Nieren erkrankt sind? Es gilt hier als Regel, die zuletzt verstopfte Niere zuerst zu operieren, weil man ihr den höheren Grad der Funktionsfähigkeit zutrauen muß und hoffen kann, daß nach wieder hergestellter Durchgängigkeit ihres Ureters die Harnabsonderung wieder beginnen wird. Bei der Feststellung, welches die zuletzt verstopfte Seite sei, ist man allerdings nur auf Vermutungen angewiesen, die sich allein auf die Angaben des Kranken stützen können. Maßgebend ist der Sitz des letzten Schmerzanfalles und der größeren Druckempfindlichkeit. Daß das äußerst unsichere Symptome sind, liegt auf der Hand, zumal wir wissen, daß nicht ganz selten der Hauptschmerz auf der dem Sitze der Erkrankung gegenüberliegenden Seite angegeben wird. Entscheidend ist der Erfolg der Operation: Setzt bald nach ihrer Beendigung die Harnabsonderung wieder ein, so hat man das Richtige getroffen. Bleibt der Zustand unverändert, so muß spätestens am folgenden Tage auch die Eröffnung der zweiten Niere vorgenommen werden. Sicher ist, daß heute die Pro-



gnose der operativ zu behandelnden Anurie dank der größeren diagnostischen Erfahrung und verbesserten Operationstechnik sich in den letzten zehn Jahren ganz erheblich günstiger gestaltet hat, und daß es jetzt gelingt, eine ganze Anzahl von Patienten am Leben zu erhalten, denen früher der Untergang sicher gewesen wäre. („Berliner klin. Wochenschrift“ Nr. 39, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 31. Jänner 1908.

Julius Drey stellt einen zehnjährigen Knaben vor mit einer wahrscheinlich embryonalen Mischgeschwulst der linken Nierengegend. Auffallend ist schon bei der Inspektion des Bauches dessen Umfangszunahme — 64 *cm* in der Nabelhöhe. Die Palpation ergibt einen das linke Hypochondrium ausfüllenden, aus demselben nach unten bis kleinhandbreit unter die Nabellinie herabsteigenden, die Mittellinie nach rechts mit einem zapfenförmigen, gut daumendicken, höckerigen Fortsatz überschreitenden, stark höckerigen Tumor von ziemlich derber, stellenweise knorpelharter Konsistenz, der bei bimanueller Untersuchung mäßig verschieblich ist. Keine freie Flüssigkeit im Bauchraume. Mitten über die Vorderfläche des Tumors fand D. öfters ein weiches, drehrundes, sehr leicht verschiebliches, strangartiges Gebilde von etwa Daumendicke. Etwa zwei Querfinger unterhalb des linken Rippenbogens ist in der Axillarlinie eine seichte Stufe in der Geschwulst tastbar. Der Fall kommt zur Operation und soll über dessen weitere Schicksale noch später berichtet werden.

Gustav Lihotzky zeigt ein durch Laparotomie gewonnenes Präparat eines schwangeren Uterus myomatosus. Die Diagnose bei der Aufnahme war: Gravidität im fünften Lunarmonate, kompliziert mit einem Tumor, der entweder ein Kystom oder ein weiches Myom sein konnte. An dem Präparate sieht man an einer Furche, die den schwangeren Uterus vom Tumor trennt, einen ganzen Ring von zerrissenen Muskelfasern. Das in der Schwangerschaft wahrscheinlich rasch sich vergrößernde Myom mußte also, die Muskulatur sprengend, förmlich aus seiner muskulären Hülle herausgewachsen sein.

Weiters spricht noch Lihotzky über eine von Pfannenstiel angegebene Methode der Schnittführung bei Laparatomie, nämlich den sogenannten suprasymphysären Faszienquerschnitt und erörtert des näheren die Ausführung desselben. Die Vorteile dieser Schnittführung sind bedeutend, namentlich in bezug auf den kosmetischen und auch auf den funktionellen Effekt. Aber auch wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und rechtsseitiger Adnexerkrankung handelt, wo häufig der wahre Sachverhalt erst bei der Operation klargestellt wird, ist der Pfannenstielschnitt nicht warm genug zu empfehlen. Man gewinnt durch denselben nämlich eine weit bessere Übersicht über die Beckenorgane, als beim Flankenschnitt. Auch für Hernienoperateure sei diese Schnittführung zu empfehlen.

Wilhelm Latzko übt den Faszienquerschnitt seit längerer Zeit. So macht er auch Hernienoperationen — ein- oder doppelseitig — stets von einem die Haargrenze nicht überschreitenden Querschnitte aus. Der kosmetische Erfolg ist schöner als bei der gewöhnlichen Schnittführung. Dagegen ist er gegen diese Schnittführung bei Appendizitisoperationen, da die Übersicht nicht besser ist als beim Medienschnitt und auch der Faszienquerschnitt mit Rücksicht auf die komplizierten Wundverhältnisse bei eiterigen Prozessen nicht zu empfehlen sei.

Lihotzky meint, er habe den Querschnitt hauptsächlich nur für jene Fälle empfohlen, bei welchen sich Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose zwischen rechtsseitiger Adnexerkrankung ergeben.

Salomon Ehrmann stellt einen 13jährigen Patienten mit umschriebener Sklerodermie vor. Auf der linken Schläfengegend und über dem linken Ohre findet sich eine gelblich wachsartige, glänzende, kindeshandgroße, haarlose Hautpartie, die besonders in der Mitte eine kartenblattähnliche Resistenz zeigt. Weitere Stellen finden sich unterhalb des linken unteren Augenlides, auf der Oberlippe, dann eine Stelle auf der Schleimhaut der Oberlippe und des Zahnfleisches dieser Seite, etwa kronenstückgroß von einer akuten Rötung umgeben, mehr weiß, narbenartig. Bei dieser Form der Sklerodermie handelt es sich um lokale Gefäß- und Gewebserkrankungen auf toxischer Basis analog den lokalen fixen Antipyrinerythemen. Die Therapie besteht in Applikationen von Wärme, Massage, Alkoholverbänden, intern Menthol, Salol usw. Die Behandlung dauert monate-, ja jahrelang.

Alfred Schwarz berichtet über einen Fall, den er wegen Bartholinitis inzidierte und bei welchem sich im entleerten Eiter eine Flaumfeder von 6 *cm* Länge vorfand. Die Feder muß — nachdem äußerlich am Labium keine Verletzung wahrgenommen wurde — vermutlich durch den normalen Ausführungsgang der Drüse eingebracht worden sein.

Rudolf Kaufmann stellt einen Patienten mit einer sogenannten idiopathischen Ösophagusdilatation vor. Der Fall bietet einige Besonderheiten, welche vielleicht geeignet sind, auf die Pathogenese der Erkrankung in diesem Falle Licht zu werfen. In dem Befinden dieses Kranken wechselten nämlich während seines Spitalsaufenthaltes bessere und schlechtere Tage. An den besseren Tagen ist die Nahrungsaufnahme zwar mühsam, aber es findet immerhin ein großer Teil der genossenen Nahrung den Weg in den Magen. An diesen Tagen beträgt die Pulsfrequenz 60 bis 66 Schläge. An den schlechten Tagen klagt der Kranke über stärkeres Drücken und starke Schmerzen; er würgt fast die ganze Nahrung, welche er zu sich nehmen will, wieder aus der Speiseröhre aus und an diesen Tagen sinkt die Pulsfrequenz auf 40 bis 44 Schläge. Das gleichzeitige Bestehen von dysphagischen Beschwerden und Bradykardie, die gleichzeitige, parallele Verschlechterung dieser beiden Symptome legen die Vermutung nahe, daß hier ein Symptomenkomplex vorliegt, welcher der klinische Ausdruck einer dauernden, in ihrer Intensität wechselnden Vagusreizung ist. K. hat nun bei diesem Kranken versucht, die bestehende krankhafte Kontraktion am unteren Speisenröhrenende durch Atropin zu beeinflussen, und in der Tat bewirkt die Injektion von 0·5 *mg* Atropin gleichzeitig mit einer Erhöhung der Schlagfolge am Herzen eine Eröffnung des unteren Speiseröhrenendes, wodurch bewiesen ist, daß der krankhafte Verschluß des unteren Speiseröhrenendes mit konsekutiver Erweiterung des oberhalb gelegenen Abschnittes der Ausdruck einer Vagusaffektion sein dürfte. Der Patient wird mit Atropineinspritzungen behandelt, und ist der Erfolg dieser Atropinkur ein sehr guter, da der Kranke in den 14 Tagen seit Beginn dieser Behandlung um $2^1/_2$ *kg* zugenommen hat.

Richard Paltauf hat gelegentlich des Obduktionsbefundes einer Erweiterung des Ösophagus infolge spastischer Kontraktion der Kardia im Nervus Vagus bei der mikroskopischen Untersuchung Ausfall von Fasern gefunden.

Otto Loewi hat bei dem eben vorgestellten Falle die Nerven des sogenannten autonomen Systems, im wesentlichen außer dem Vagus den Okulomotorius, die Chorda tympani und den Pelvikus (erigens) auf ihre Reaktion geprüft. Dabei fand er: Für eine Störung im Gebiete des Okulomotorius keinerlei Anhaltspunkte, für die Annahme eines Reizzustandes der Chorda tympani kann die Speichelsekretion angesehen werden, über die der Patient klagt. Weiters sprechen gewisse Harnbeschwerden (Harndrang, wobei jedoch nur wenige Tropfen entleert werden) für einen Reizzustand des Pelvikus. Dieser Befund spreche dafür, daß in diesem Falle die Vagusneurose nur die Teilerscheinung einer Neurose des gesamten autonomen Systems ist.

Robert Kienböck zeigt Radiogrammskizzen zu Fällen von Ösophaguserkrankung, so das zu dem eben von Kaufmann demonstrierten Pat. gehörige Bild vor.



Der Befund ist pathognomonisch für allgemeine Dilatation der Speiseröhre bei Kardiospasmus. Weiters das Bild eines kleinen tiefsitzenden Divertikels, kombiniert mit Kardiospasmus, ferner ein Spirituspräparat eines Ösophagus mit kleinem, tiefsitzenden Divertikel, dann das Bild eines Ösophagus mit karzinomatöser Infiltration der Wand und Striktur. Weiters das Bild eines großen hochsitzenden Divertikels mit ampullenförmiger Dilatation des unteren Ösophagus an zwei Stellen mit Kardiospasmus und zum Schlusse noch das Bild eines Zenkerschen Divertikels mäßiger Größe.

Oskar Porges demonstriert eine neue, von ihm angegebene Methode der Serodiagnose der Syphilis. Das Verfahren beruht darauf, daß luetisches, resp. metaluetisches Serum Lezithin aus kolloidaler Lösung ausflockt. Man nimmt eine 0·2%ige wässerige Lezithinsuspension und versetzt dieselbe mit dem gleichen Teile Serum, läßt sie fünf Stunden bei Bruttemperatur, 20 Stunden bei Zimmertemperatur. Nur luetische Sera geben einen Niederschlag.

Siegfried Grosz kann auf Grund seiner Versuche bestätigen, daß die Porgessche Reaktion bei Luetikern Ausflockung des Lezithins ergibt, während in den bisherigen Versuchen das Serum Gesunder dieses Phänomen nicht zeigte. Er glaubt, daß die Reaktion nach Porges berufen erscheint, die umständliche Wassermannsche Methode zu ersetzen.

Rudolf Kraus bemerkt, daß die Versuche Porges ergeben, daß die Komplementablenkung durch die entstandenen Niederschläge (Lezithin der Organe + Serum) zu erklären sei. Auch erscheint die von Porges angegebene Reaktion viel einfacher als die bisherige mittels Komplementablenkung.

Samuel Stern: Über anatomisch-physiologische Demonstrationen mit Bezug auf Bewegungsempfindung. Vortragender analysiert alle Leibesteilbewegungen in der Reihenfolge: Schädel, Rumpf, Extremitäten und an jedem dieser Teile von den größten zu den kleinsten vorschreitend. *i. m.*

IV. Literatur.

Die kindliche Psyche und der Genuß geistiger Getränke. Abhandlung für Lehrer und gebildete Eltern nach einem in der Wiener Gesellschaft gehaltenen Vortrage von Leopold Lang. Wien, Verlag von Josef Šafář, 1907. 81 Seiten, Preis K 1.60.

Eine auf Anregung des Vereins abstinenter Lehrer und Lehrerinnen Österreichs herausgegebene Schrift, welche, wie Prof. Pilcz, der ihr ein Geleitwort mitgegeben hat, mit Recht sagt, allen Eltern und Pädagogen aufs beste empfohlen werden kann. Mit großem Fleiße hat der Autor die Ergebnisse der Statistik und der experimentell-psychologischen Forschung, soweit sie sich auf den Einfluß des Alkoholgenusses der Vorfahren, auf die kindliche Psyche und auf die Beeinflussung der kindlichen Psyche durch den Alkoholgenuß des Kindes selbst beziehen, zusammengetragen und in anregender Art populär-wissenschaftlich dargestellt. Auch der praktische Arzt, dem es oft an Zeit mangelt, sich in die umfangreiche wissenschaftliche Alkoholliteratur einzulesen, wird in dieser Arbeit rasche Orientierung über manche für ihn interessante Frage finden. B.

Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Von Dr. jur. Siegfried Weinberg. Verlag von Karl Marhold, Halle a. S. 1907. 34 Seiten. Preis Mk. 1.

Diese Abhandlung ist als Heft 1 des VI. Bandes der „Juristisch-psychiatrischen Grenzfragen“ (herausgegeben von Finger, Hoche und Bresler) erschienen. — Das Weib ist mehr Geschlechtswesen als der Mann; daher kann der Einfluß des Geschlechtslebens auf die Kriminalität bei ihm auch viel besser studiert werden als beim Manne. Der Jurist Weinberg befaßt sich mit dem Einflusse der normalen organischen Veränderungen an den weiblichen Genitalien auf die Kriminalität des Weibes. In den Pubertätsjahren ist die Straffälligkeit der weiblichen Bevölkerung um mehr als 65% größer als in den folgenden Lebensjahren; die Differenz ist noch viel größer, wenn man bestimmte „Deliktstatbestände“ herausgreift: Brandstiftung, Meineid, falsche Anschuldigung, was nach W. durch das Überwuchern der Phantasietätigkeit in der Pubertätszeit erklärt wird. Die kritischeste Zeit sind die Tage der ersten Menses. Der Einfluß der Menstruation auf die weibliche Kriminalität ist auch später unverkennbar. Eine Statistik darüber fehlt aus natürlichen Gründen, Einzelbeobachtungen aber lehren, daß die Delikte, mit denen der Menstruationsvorgang in Beziehung stehen kann, „so ziemlich das ganze Strafgesetzbuch umfassen“. Unter 80 wegen Widerstandes gegen die Polizei verhafteten Frauen fanden Lombroso und Ferrero 71 Menstruierende. „Typische Straftat der Menstruierenden ist der Warenhausdiebstahl.“ Auch die „Menstrualtermine“ nach Aufhebung der Menses in der Gravidität sind kriminalistisch bedeutungsvoll. Die durch die Gravidität selbst herbeigeführten Veränderungen sind selbstverständlich noch wichtiger. Viele Verbrechen entspringen unwiderstehlichen „Schwangerschaftsgelüsten“; andere Verbrechen sind schwerer aus den Veränderungen der Psyche der Schwangeren erklärbar. Mit der Geburt hört die geistige Labilität noch nicht auf; auch die Wöchnerinnen unterliegen relativ häufig kriminellen Antrieben; besonders wichtig sind Erregungszustände, in denen es zur Gewalttätigkeit gegen das Kind kommt. Hoch bedeutsam ist dann die Zeit des Klimakteriums; die Kriminalität ist in diesen Jahren um fast 50% größer als im Durchschnitte sämtlicher Jahre. Besonders häufig ist die Beleidigung; auch Diebstahl kommt häufiger vor. — Die Juristen, für die die Arbeit wohl zunächst geschrieben ist, werden in ihr wertvolle Belehrung finden; aber auch der Arzt wird die klare, übersichtliche und alles Wichtige erschöpfende Darstellung des Themas zu rühmen wissen B.

V. Aus der Praxis.

Ein ausgezeichnetes Hilfsmittel bei der Einrichtung eingeklemmter Brüche veröffentlicht Dr. Konrad Sehrwald in den „Therapeutischen Monatsheften“ 1907. Das Hilfsmittel besteht in folgendem: Hat man den eingeklemmten Bruch genau untersucht, so läßt man den Kranken fünf Minuten lang recht tief einatmen und auf der Höhe der Inspiration jedesmal den Atem etwas anhalten. Fast in allen frischen Fällen wird man dann finden, daß die Spannung im Bruchsacke wesentlich geringer geworden ist. Nunmehr beginnt man mit den gewöhnlichen Manipulationen, um den Bruchinhalt in den Leib zurückzubefördern, während der Kranke ununterbrochen mit tiefen Inspirationen fortfährt. Überraschend schnell gelingt es so, den eingeklemmten Bruch einzurichten. Nur in einem seiner Fälle hatte das Verfahren keinen Erfolg; bei der nachfolgenden Operation fand sich der Bruchinhalt gangränös vor. Hieraus ergibt sich, daß wohl meist bei frischer Einklemmung die Abschnürung der Venen und der Lymphgefäße keine vollständige ist; deshalb ist es nötig, mittels der Saugpumpenkraft der Lungen die Zirkulation des Blutes im Bruchsacke wieder zu beleben, so daß venöses Blut und Lymphe den Bruch wieder verlassen können. Dann können aber auch Gase und Exsudate aus dem Bruchsacke entweichen und so wird die Einrichtung des eingeklemmten Bruches erleichtert. Der Verfasser hält sein Verfahren für so einfach und rationell, daß er sagt, man werde es später wohl für einen Kunstfehler halten, wenn jemand es bei einem eingeklemmten Bruche nicht benutzt haben wird.

Morphium-Veronal, Antagonisten. Von Dr. Wolfram. Erfurt. („Ärztliche Mitteilungen“ 1906, Nr. 38.)

Nicht lange nach dem Erscheinen des Veronals machte W. an sich die Beobachtung, daß die höchst lästigen Nebenwirkungen einer Morphiuminjektion ausblieben, wenn er zuvor eine Dosis Veronal genommen hatte. Seitdem habe ich nunmehr häufiger Gelegenheit gehabt, seine erste Beobachtung bestätigt zu sehen.



Die lästigen Folgen einer Morphiuminjektion sind wie bekannt: Brechneigung, benommenes Sensorium, Schwindelgefühl, Appetitlosigkeit, Aufhebung der Darmperistaltik und — in nicht wenigen Fällen — andauernde heftige Hämorrhoidalschmerzen. Die Scheu vor diesen bösen Zugaben läßt manchen Neuralgiker, Gichtigker, Tabiker lieber die wahnsinnigsten Schmerzen ertragen, als daß er zu dem schmerzbefreienden Morphium seine Zuflucht nimmt, um so mehr, da der gewissenhafte Arzt vor dem öfteren Gebrauch des Morphiums warnt, um seine Patienten nicht dem Morphinismus zu überliefern.

Alle die obengenannten unangenehmen Folgen, die zuweilen länger währende Darmparese ausgenommen, bleiben aus, wenn $^1/_2$ Stunde etwa vor der Injektion eine Dosis Veronal per os gegeben wird. Das Äquivalentverhältnis des Veronals zum Morphium ist dabei 0·5 : 0·03, d. h. eine Dosis von 0·5 Veronal ist imstande, die Nebenwirkungen einer Injektion von Morphium 0·03 zu paralysieren.

Pyocyanase. (Archiv für Kinderheilkunde Bd. 44, H. 1/3. Zucker hat an der Universitätsklinik in Graz Versuche mit Pyocyanase bei Diphtherie angestellt, die nicht ungünstig waren. Seine Schlüsse sind:

I. Die Pyocyanase beeinflußt in manchen Fällen von Rachendiphtherie den lokalen Prozeß und indirekt den Allgemeinzustand in ausgesprochen günstigem Sinne.

II. Von der spezifischen Behandlung mit Heilserum ist bei Anwendung der Pyocyanase in keinem Falle abzusehen.

III. Als Adjuvans erscheint die Pyocyanase namentlich in jenen Fällen von Rachendiphtherie angezeigt, in welchen die Rückbildung der Membranen schleppend vor sich geht, und in solchen, wo von Anfang an sogenannte „septische“ Zustände vorliegen.

IV. Einige Vorsicht bei der Pyocyanasebehandlung ist notwendig bei Kindern, die den Überschuß der versprayten Lösung nicht auszuspucken erlernen.

Was die Technik der Behandlung mit Pyocyanase betrifft, so fand eine zwei- bis dreimalige tägliche Besprayung des Rachens mit der Lösung statt. Die Darsteller der Pyocyanase (Lingner, Dresden) liefern dazu kleine handliche Glasapparate.

Bewährte Rezeptformeln.

1. Endometritis chronica mit häufigen Blutungen.

Rp. Ergotini bis depur. 20·0
Pulv. rad. Althaea } aa 3·0
Pulv. liquir. }
Batyr. Cacao q. s. ut f. pil. Nr. C
D. S. Jeden Morgen und Abend je zwei Pillen.

VI. Notizen.

Arzneitaxe der österreichischen Pharmakopöe. Die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 28. Jänner 1908, betreffend die Arzneitaxe zur österreichischen Pharmakopöe enthält u. a. eine

Bestimmung, nach welcher in Zukunft für die Inanspruchnahme einer Apotheke in der Zeit von 10 Uhr abends bis 6 Uhr morgens die Einhebung einer Gebühr (Nachttaxe) von 50 Hellern gestattet wird. Von dieser Nachttaxe sind aber jene ärztlichen Verschreibungen befreit, welche vom Arzte den Vermerk „expeditio nocturna“ (E. N.) erhalten. — In Deutschland, in Frankreich und in der Schweiz sind die Nachttaxen obligat. Ihre Einführung in Österreich verfolgt nicht so sehr den Zweck, den Apothekern für den anstrengenden Nachtdienst eine Entschädigung zu verschaffen, vielmehr soll hiedurch häufig unnötiger oder gar mutwilliger Inanspruchnahme der Apotheken zur Nachtzeit begegnet werden.

Programm der 29. öffentlichen Versammlung der Balneologischen Gesellschaft in Breslau vom 5. bis 9. März 1908. Donnerstag den 5. März vormittags 11 Uhr: Krankendemonstrationen durch Geheimrat Prof. Dr. v. Strümpell in der medizinischen Klinik. Nachmittags 3 Uhr: Führung durch das städtische Wasserwerk und die Enteisungsanlage. Nachmittags 5 Uhr: Sitzung des Vorstandes und der Gruppenvorsteher im Rathause. Abends 8 Uhr: Begrüßung im Hotel Monopole. — Freitag den 6. März, vormittags 10 Uhr: Eröffnung des Kongresses, nachher Sitzung. Nachmittags 3 Uhr: Sitzung. — Samstag den 7. März, vormittags 9 Uhr: Besichtigung der städtischen Milchkühe und der hydrotherapeutischen Abteilung im Allerheiligenhospital Vormittags 10 Uhr und nachmittags 3 Uhr; Sitzungen. — Sonntag den 8. März, vormittags 10 Uhr: Sitzung. Nachmittags 4 Uhr: Enthüllung des Brehmerdenkmales vor dem städtischen Wenzel-Hanckeschen Krankenhause. — Montag den 9. März, vormittags 10 Uhr und nachmittags 3 Uhr: Sitzungen. — Dienstag den 10. März: Einladung der Dr. Brehmerschen Erben zur Besichtigung der Brehmerschen Anstalten in Görbersdorf. Imbiß.

Sexualprobleme. Der Zeitschrift „Mutterschutz“ neue Folge. Herausgeber Dr. med. Max Marcuse. 4. Jahrgang. 1. Heft. Preis halbjährig (6 Hefte 8°) Mk. 3.—; Einzelheft 60 Pfg. Frankfurt a. M. J. D. Sauerländers Verlag. Der Bund für Mutterschutz, der einst unter so günstigen Auspizien als eine sozial- und moralreformatorische Bewegung, die von der verständnisvollen Zusammenarbeit ernster Männer und Frauen getragen werden sollte, ins Leben getretene Bund war allmählich ganz in das Fahrwasser einseitiger frauenrechtlerischer Bestrebungen geraten. Dieser Umstand, sowie auch weitgehende Meinungsverschiedenheiten zwischen Verlag und der bisherigen Herausgeberin über die weitere inhaltliche Ausgestaltung der Zeitschrift haben den Verlag zum Wechsel der Redaktion und zur Lösung der Beziehungen zum Bund für Mutterschutz veranlaßt. Die „Sexualprobleme“ sollen nunmehr zu einem erschöpfenden Quellen- und Sammelwerke für die gesamte Sexualwissenschaft und zu einem großzügigen Organe für praktische Sexualpolitik ausgestaltet werden. Das erste Heft bringt u. a. aus der Feder des Juristen Dr. Werthauer einen interessanten Aufsatz über den „Sexualverkehr in strafrechtlicher Beleuchtung“. Dr. med. Max Hirsch führt uns erschütternde Bilder von dem geschlechtlichen Elend der Frau vor usw. usw.

VII. Eingesendet.

Aus dem Erträgnisse der Stiftung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums zur Erinnerung an seine im Jahre 1866 stattgehabte ärztliche und anderweitige Hilfeleistung für die Verwundeten der k. k. Armee sind zwei bedürftige Individuen, welche während des Kriegsjahres 1866 in der k. k. österreichischen Armee dienten und durch Verwundung oder andere Unglücksfälle während des Feldzuges invalid geworden sind, mit je K 130 zu beteilen.

Ärztliche Individuen, welche obigen Bedingungen entsprechen, haben besonders, wenn sie erwerbsunfähig sind, den Vorzug.

Diesfällige Bewerber haben die mit einem legalen Armutszeugnisse und dem durch ihre vorgesetzte Militärbehörde bestätigten Nachweise ihres invaliden Zustandes belegten ungestempelten Gesuche im Wege der betreffenden k. k. Militär-Kommanden oder der Ortsbehörden bis längstens 28. März 1908 an die Kanzlei des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, I., Rotenturmstraße 19, franko zu überreichen.

Alle im Privatwege oder nach dem 28 März 1908 einlangenden Gesuche können nicht berücksichtigt werden.

Wiener mediz. Doktorenkollegium.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 9. Wien, 29. Februar 1908. **Nr. 9.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 12212) zu senden.

Aus der Abteilung des Hofrates Prof. W. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Scoliosis lumbagica.

Von **Dr. Oskar v. Hovorka.**

(Schluß.)

Es ist hier wohl am Platze, die Ätiologie der Scoliosis lumbagica zu erörtern, da wir mutatis mutandis dasjenige, was uns über die Entstehungsursachen der Scoliosis ischiadica bekannt ist, auch für die Scoliosis lumbagica in Betracht zu ziehen haben. Es sind hiefür bereits fast alle Körperbestandteile herangezogen worden, so Muskeln, Nerven, Gelenke, Knochen usw.

a) Theorien über den muskulären Ursprung der Scoliosis ischiadica stammen von Gussenbauer, Fischer, Lessen, Mann, Brissaud, Hoffa, Vulpius.

Gussenbauer sucht die Ursache in einer Schwächung des M. erector trunci. Fischer bezeichnet eine neuralgische Insuffizienz der vorderen Bauchmuskeln als Ursache der homologen Skoliosen, wobei eine Neuralgie des Plexus lumbalis mitspiele. Lessen erklärt die schiefe Beckenstellung bei der Ischias scoliotica durch das Bestreben, den M. pyriformis zu entlasten, um dem N. ischiadicus auszuweichen. Mann nimmt eine Lähmung des M. erector trunci an, Brissaud spricht von einer spastischen Kontraktur, welche von dem gemischten Charakter des N. ischiadicus abhänge und einmal eine Lähmung, das anderemal einen Spasmus verursache. Hoffa, welcher an sich selbst die Krankheit studierte, bezeichnet sie als eine Reflexkontraktur. Nach Vulpius entsteht die heterologe Skoliose durch einen Reflexkrampf im gesunden M. lumbosacralis.

Von diesen angeführten Ursachen entfällt jene von Lessen und Brissaud bezeichnete von vornhinein infolge der anatomischen Lokalisation bei Lumbago; auch das von Fischer angegebene Moment kommt nicht in Betracht, da die Muskulatur des Bauches in unseren Fällen unbeteiligt war. Aber auch die Muskellähmung nach Mann können wir hier kaum verwerten. Wenn demnach die von Gussenbauer erwähnte Schwächung des Muskels übrig bleibt, so ist dessenungeachtet auch diese wohl nicht ausschlaggebend, da in unseren Fällen die betroffenen Muskeln durchaus keinen Eindruck einer Lähmung auf uns machten und überdies stark hyperästhetisch waren. Auf Hoffas und Vulpius' Ansichten kommen wir später zurück.

b) Theorien, welche die Entstehung der Scoliosis ischiadica auf einer nervösen Grundlage aufbauen wollen, stellten Nicoladoni, Schönwald und Fischer auf.

Nicoladoni erblickt in der Scoliosis ischiadica eine neuralgische Erkrankung der Nervenwurzeln unter Mitbeteiligung des Lumbalmarkes bezw. der Cauda equina, welche durch die Verkrümmung der Wirbelsäule an ihren Austrittsstellen, nämlich den Foramina intervertebralia weniger gedrückt werden, indem er eine Anschwellung dieser Nervenstämme annimmt. Schönwald und Fischer suchen eine Erklärung in der alternierenden Erkrankung der hinteren und vorderen Äste des Lumbalplexus.

So geistreich uns die Ansicht Nicoladonis scheint, so wenig läßt sie sich gerade in unseren Fällen mit der anatomischen Form der Wirbelsäuleverkrümmung in Einklang bringen. Aber selbst wenn dies der Fall wäre, dürfte die Erweiterung der Zwischenwirbellöcher bei diesem geringen Grade der Skoliose eine kaum nennenswerte sein. Die Theorie Schönwalds ist eine durch keine positiven Belege fundierte Hypothese und bleibt für unsere Fälle eine solche.

c) Auch in den Gelenken ist die Ursache gesucht worden. Braun spricht von lokalen Erkältungen und arthritischen Prozessen, zu welchen besonders der dritte und zweite Halswirbel, sowie der Lumbosakralteil der Wirbelsäule disponiert ist, teils weil er der Bekleidung entbehrt, teils weil dieselbe nur unvollkommen anliege. Erben sagt direkt, daß Lumbago keine Muskelerkrankung, sondern eine Erkrankung der Lendenwirbelgelenke sei. Braun ist es gelungen, eine Deformation der Wirbelkörper mit periostalen Auflagerungen anatomisch nachzuweisen, welche in ihre Rindensubstanz überging und makroskopisch der Virchowschen Eburneation entsprach; dementsprechend waren auch die Bandscheiben der Gestalt und Größe nach unverändert. Wie erinnerlich, gaben auch unsere Kranken scharf umschriebene Druckpunkte an der Wirbelsäule an.

Diese Angaben und Betrachtungen haben jedenfalls viel Beachtenswertes für sich und besitzen bei chronisch verlaufenden Fällen einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit; allein es ist kaum anzunehmen, daß diese Erklärung für alle Fälle ausreichend ist und auch Erben geht sicherlich zu weit, wenn er die Muskeln ausschließen will.

d) Es ist ferner die Stellung der Knochen mit ihren statischen Momenten in Betracht gezogen worden; der Kranke sucht das schmerzende Bein zu entlasten. In dieser Weise sprach sich Albert aus, indem er an eine gleichzeitige Beteiligung der Gelenksnerven dachte; ebenso Charcot. Nach Remak sucht der Kranke unwillkürlich nach mechanischen Bedingungen, um das schmerzende Glied von der Qual des eigenen Körpergewichtes zu befreien. Bär spricht direkt von einer statischen Skoliose, welche je nach der Verkürzung oder Verlängerung des erkrankten Beines eine homologe oder heterologe Form annehme. Die Verkürzung und Verlängerung des Beines entsteht durch Beugung und Streckung im Hüft- und Kniegelenke. Ehret macht wieder die Abduktion, Flexion und Außenrotation der Beine verantwortlich, in welcher er eine Entlastung vom Körpergewichte erblickt, wodurch die erkrankten Nerven am wenigsten gespannt werden. Auch Erben betont das Bestreben des Patienten, jenen Körperteil vor Druck zu schützen, welchen er infolge der verschiedenen Lokalisation der Erkrankung zu schonen sucht.

Wie wir sehen, steht uns in diesem Gewirre von Ansichten eine große Auswahl zur Verfügung. Die Theorie Bärs ist allerdings für uns nicht verwertbar, da in unseren Fällen keine Längsdifferenz der unteren Extremitäten bestand. Dasselbe gilt von der Annahme Ehrets.

Um nun die Nutzanwendung dieser Hypothesen von der Scoliosis ischiadica auf die Scoliosis lumbagica zu übertragen, müssen wir offen gestehen, daß für die Ätiologie unserer Fälle vorzüglich die Annahme einer Reflexkontraktur (Hoffa, Vulpius) nebst Betonung statischer Momente die größte Wahrscheinlichkeit hat. Allerdings dürfen wir uns damit nicht zufrieden geben, denn mit diesem Ausspruche ist der Kern der Sache noch nicht getroffen! Die Reflexkontraktur ist da, statische Momente spielen jedenfalls mit; doch wodurch werden wieder diese herbeigeführt? Nun glauben wir, daß uns gerade unsere Fälle dazu berechtigen, dies klarzulegen. Wir hatten Gelegenheit, infolge der bekannten „Duplizität“ zwei typische Fälle von Lumbago klinisch zu beobachten, welche zufällig die beiden bisher bekannten Formen der Scoliosis lumbagica angenommen hatten. Beide stellten Erkrankungen derselben (rechten) Seite dar; die Komplikation mit einer Ischias im zweiten Falle wirkt wohl störend auf das Gesamtbild, aber für jene, bei welchem die Ischias Lumbago zum Alltäglichen gehört, ist es nicht schwer, die einzelnen Symptome auseinander zu halten.

Ebenso wenig spielt das Lipom des zweiten Falles eine Rolle.

In beiden Fällen, welche chronisch verfielen, bildete sich eine typische Skoliose aus, welche mit ihrer Konvexität nach der kranken Seite gerichtet war; im ersten Falle zeigte jedoch der Körper eine Neigung nach links (mithin entgegengesetzt, heterolog), im zweiten nach rechts (mithin nach derselben Seite des Schmerzes, homolog). Dieser Unterschied der Homologie und Heterologie, wie ihn Hoffa macht, scheint uns, nebenbei bemerkt, richtiger, als jener von Tillmanns, welcher die Richtigkeit der Konvexität nach der kranken oder gesunden Seite als ausschlaggebendes Kriterium ansieht. In unseren Fällen war die Konvexität jedesmal nach der kranken (rechten) Seite gerichtet, und doch neigte sich der Körper einmal links, das anderemal rechts. Man konnte genau lokalisierte Schmerzpunkte, sowie eine straff gespannte Muskulatur nachweisen und fühlen; bei der Neigung des Körpers nach rechts machte sich ein deutlicher Widerstand bemerkbar. Damit hing im ersten Falle der Palpationsbefund offenbar zusammen.

Wir dürften demnach kaum fehlgehen, wenn wir annehmen, daß es sich im traumatischen Falle um Myorhexien mit intra- und intermuskulären Blutextravasaten gehandelt haben müsse, welche in der Form eines Fremdkörpers eine Muskelkontraktion der anderen Seite auf reflektorischem Wege erzeugten. Dadurch wurden infolge des langwierigen Krankheitsverlaufes und durch das Bestreben, die statischen Belastungsmomente der erkrankten Seite im Sinne einer Entlastung zu ändern, die beteiligten Gelenke und Knochen in Mitleidenschaft gezogen. Nun wird man uns jedoch einwenden, daß in unserem rheumatischen Falle von Blutaustritten keine Rede sein kann. Wir brauchen jedoch an Stelle des Traumas die rheumatische Noxe zu setzen (Myositis usw.), welche leider für uns noch immer ein ungelöstes Problem bleibt und deren Wesen sich in dem viel umstrittenen Begriffe „Verkühlung“ zu verhüllen scheint. Ob dies nun Entzündungsprodukte sind, welche den bekannten Schmerz verursachen, oder eine andere Art von Fremdkörpern, das ist eine Frage, welche in den Rahmen dieser Arbeit nicht mehr hineingehört und die zu lösen nicht die Aufgabe derselben sein kann.

Auf jeden Fall war für uns der Verlauf, die Lokalisation, das Ergriffensein bestimmter Körpergegenden und die Haltung des Rumpfes sehr lehrreich. Die beiden Kranken suchten zweifellos jene Stellung auf, in welcher ihre nervendurchsetzten und gereizten Muskelfibrillen von den Fremdkörpern am wenigsten gedrückt und gereizt wurden; sie suchten dies anfangs durch Muskelkontraktur der geeigneten Muskelbezirke (welcher Seite ist ganz irrelevant!) zu erreichen. Durch eine längere Dauer übergeht aber eine Kontraktion leicht in eine Kontraktur; das ist auch geschehen. Es kam sogar zu einer Hypertrophie. Da jedoch ein jeder Muskel sich an Knochen, und zwar zunächst in der Nähe von Gelenken ansetzt, so ist es für uns gar nicht so überraschend, daß auch die Knochen und Gelenke mitergriffen wurden. Je stärker die einzelnen Komponenten des Rumpfgerüstes ergriffen werden, umso größer ist der Grad der Skoliose. Daß aber die Behandlung sich nicht nur auf die Muskeln beschränken darf, sondern auch die Knochen und Gelenke berücksichtigen muß (Gymnastik), das ist eine nur logische Folge des Vorhergesagten. Dies wurde auch durch die Besserung des Wohlbefindens erwiesen.

Friedrich v. Esmarch †.

„Nur eine hohe Säule zeigt von entschwundener Pracht
Auch diese, schon geborsten, kann stürzen über Nacht.“
Uhland.

Nun ist sie gestürzt, die „letzte Säule“. Das Prachtgebäude der modernen chirurgischen Operationstechnik stützt sich auf die drei Pfeiler: Chloroformnarkose, Asepsis und Blutsparung.

Der Urheber der letztgenannten Maßnahme war der, dem diese Zeilen gelten. Eine Prachtgestalt, gleichsam eine deutsche Eiche, wenn auch keine knorrige, ragt er aus vergangenen Tagen in unsere Zeit, ein Rest aus einer Schar von Männern, die alle Glanz und Zierde der deutschen Nation bedeuten. Langenbeck, Billroth, Dieffenbach, Bergmann, Stromeyer und noch viele andere, die Träger der deutschen Chirurgie und des deutschen Ruhmes, sie haben der Natur ihren Tribut gezahlt. Nun folgt ihnen der letzte — nach Walhall. Am 23. dieses Monates starb Esmarch im 85. Lebensjahre. Seine großen Verdienste um die chirurgische Wissenschaft und um das von ihm gleichsam gegründete Samariterwesen sachlich zu würdigen, muß einer berufeneren Feder vorbehalten bleiben. Sein äußerer Lebenslauf ist bald beschrieben. Schleswig-Holsteiner von Geburt, verbrachte er sein Leben größtenteils in seiner Heimat, wo er an der Universität in Kiel Professor der Chirurgie fast bis an sein Lebensende blieb. Ein Fürst im Reiche der Geister — so apostrophierte ihn einstens Kaiser Wilhelm — hatte er auch eine wirkliche Fürstin zur Lebensgefährtin, er, der auch seinem Charakter und seinem inneren Wesen nach ein Fürst war. Seine Frau war die Schwester jenes Herzogs von



Schleswig-Holstein-Sondersburg-Augustenburg. um dessen Erbe und Besitz nicht nur Bismarck die Knochen vieler pommerischer Musketiere opferte. sondern auch wir Österreicher die Haut unserer Soldaten zu Markte tragen mußten. Wegen dieses Augustenburgers. des Vaters der jetzigen deutschen Kaiserin, mußten wir den Krieg gegen Dänemark führen, der uns zum Verhängnis werden sollte. Der verstorbene Esmarch war somit der Onkel des Kaisers Wilhelm des Zweiten. Er bedurfte dieser glanzvollen äußeren Stellung nicht. seine Stellung in der Wissenschaft war noch viel vornehmer. Trauernd stehen wir an seiner Bahre. doch trostreich ist die ewigwährende Erinnerung an seine dauernden ruhmreichen Leistungen in der Chirurgie. S. K.

I. urologischer Kongreß in Wien.

(Fortsetzung.)

Das Krankheitsbild des Diabetes war schon im Altertum bekannt, ohne Kenntnis des süßen Geschmackes des Urins, bei Celsus, Aretaeus, Soranus, Galen. Der Name Diabetes rührt von διαβαίνω (durchwandern) her. Nach Galen ist der Diabetes eine Erkrankung der Nieren. zufolge deren das Getränk den Körper einfach durchfließt. Diese Anschauung blieb infolge des kolossalen Autoritätsglaubens, welchen die galenische Lehre genoß, fast 1500 Jahre in Geltung, so daß noch 1750 der bedeutende englische Praktiker Mead über seine Theorie des Diabetes, nach welcher dieser auf eine Erkrankung der Leber zurückzuführen sei, nicht einmal eine Diskussion zustande bringen konnte. In der indischen Medizin findet sich bei Susruta eine Bemerkung über die Süßigkeit des Diabetesharnes (Ikanmehè „Zuckerharn“, „Honigharn“). Der um 1800 in Ceylon tätige englische Arzt Christie meldet, daß in dem indischen Werke Yogo-Ratnâkara (11. oder 12. Jahrh.) der diabetische Harn unter dem Namen madu-mehè, gleich „süßer Harn“ erwähnt wird. Auch in den Werken des Caraka, des ältesten medizinischen Schriftstellers Indiens (1. Jahrh. n. Chr.), und in der Bowerhandschrift (450 n. Chr., einer anscheinend von eingewanderten buddhistischen Hindus auf Birkenbast niedergeschriebenen und in Form der süd- und westindischen Palmblattmanuskripte zugeschnittenen, in einem chinesischen Heiligtum in Chinesisch-Kaschgarien gefundenen Handschrift) wird der „süße Harn“ angeführt. Wieso die mit der indischen Medizin so wohlvertrauten arabischen Autoren über die Zuckerangaben der Bowerhandschrift so vollständig schweigen. ist bis heute unaufgeklärt (Lippmann).

Paracelsus (1493 bis 1541) hält den Diabetes für den Ausdruck eines schweren Allgemeinleidens. „Das Wesen des Diabetes“, sagt er, „besteht in einer Säfteverderbnis, insoferne ein Salz im Blute gebildet wird, das dann in die Nieren übergeht, dadurch starkes Urinieren hervorruft und auch aus dem Urin als Kristall ausgeschieden werden kann. In einem Maß Urin sind vier Unzen von diesem Salz enthalten.“ Er erwähnt aber gar nichts vom süßen Geschmacke des Harnes. Hiemit schien die Galensche Lehre von der Nierenkrankheit umgestoßen und wiewohl Willis zirka 100 Jahre später den süßen Geschmack des Diabetesharnes feststellte (De medicamentorum operationibus, Lib. IV. Kap. 3), „der Harn sei von wunderbarer Süßigkeit, gleichsam wie Honig oder Zucker durchtränkt“, fand diese Tatsache keinen allgemeinen Glauben. Zeitgenossen und Nachfolger bekämpften nicht nur die von ihm aufgestellte iatrochemische Theorie, sondern bestritten sogar die Tatsache, „da es undenkbar sei, daß andernfalls die antike und arabische Schule über sie geschwiegen hätte“ (Lippmann). Erst 1774 konstatierte Matthäus Dobson, daß der Harn aller Diabetiker süßschmeckend sei, und er stellte auf experimentellem Wege fest, daß der diabetische Harn die Eigenschaften der Wein- und Essiggärung zeige, daß das Blutserum ebenfalls einen süßen Geschmack habe und daß beim Eindampfen des Harnes ein weißer Rückstand bleibe, dessen Geschmack dem des braunen Zuckers gleich sei. Beim Eindampfen normalen Harnes bleibe ein brauner Rückstand, dem die Süßigkeit abgehe. Aus dem süßen Geschmacke des Blutes der Diabetiker folgert er, daß der Zucker schon im Blute angehäuft sei.

Allgemeine Anerkennung fand die Lehre vom Zucker aber erst um zirka 1800 infolge der Arbeiten anderer englischer Ärzte, wie Franz Homes, der Diabetesharn durch Hefepilze zum Gären brachte, Cowleys und Rollos. Johann Peter Frank (1745—1821), der berühmte Wiener Kliniker, ein durch eine glänzende Beobachtungsgabe und geistvollen Ideengang ausgezeichneter Forscher, stellte zuerst den Zucker auf chemischem Wege rein und kristallinisch dar. Seine Arbeit über Diabetes (De curandis hominum morbis) ist „originell an innerem und äußerem Gehalt, an Gedankenfülle und Stil ein Meisterwerk“ (Salomon). Er hat auch zuerst der Impotenz bei Diabetes Erwähnung getan. 1838 wurde von Bouchardat und Peligot die Identität von Harn- und Traubenzucker festgestellt. John Rollo (um 1790) hat, unterstützt durch den Chemiker Cruikshank, zuerst die ausschließliche Fleischkost als Therapie des Diabetes vorgeschlagen und der oben erwähnte englische Arzt Christie in Ceylon berichtet 1804 über elf Diabetespatienten, welche er nach Rollo mit vollem Erfolge behandelt hat. Er erwähnt auch, daß die Singhalesen hauptsächlich stark zuckerhaltige Nahrungsmittel genießen, welchen Umstand er für die Ursache des Diabetes hält.

Daß auf dem Gebiete der Nierenpathologie die chemische Richtung in der Medizin neue Aufschlüsse bringen mußte und auf diesem bis dahin dunklen Gebiete neue Fortschritte anbahnte, war naheliegend.

Die Kenntnisse über Nierenleiden waren in der älteren Medizin sehr mangelhafte und blieben es bis zum 19. Jahrhundert. Die antike Medizin kannte nur Verwundungen und Eiterungen der Niere sowie Nierensteine. Abnahme der Harnmenge brachte man schon in Zusammenhang mit der Wassersucht. Aëtius (Byzantiner des 6. Jahrh.) und Avicenna gaben an, daß im Laufe von „Verhärtung der Nieren“ Wassersucht auftritt. Auch Wilhelm von Saliceto (13. Jahrhundert) erklärt Wassersucht als Folge von Durities renum.

Die bewegliche Niere findet sich zuerst im 16. Jahrhundert erwähnt (Franziskus von Pedimontium). Riolan (1682) beschreibt ihren Symptomenkomplex: Druck auf die Schenkelnerven, Magenstörungen, Behinderung der Zirkulation in der Niere usw. Baillie (1825) machte zuerst auf die charakteristische Gestalt und Größe der dislozierten Niere aufmerksam, was durch einen Obduktionsbefund Aberles (1826) bestätigt wurde. Auch die Hydronephrose wurde schon im 16. Jahrhundert beschrieben (Felix Plato und Fernet); der Name ist späteren Datums und rührt von Rayer her. Aus dem 17. Jahrhundert stammt die Schilderung eines Falles von intermittierender Hydronephrose (Tulpius).

Bonet sprach 1679 die erste Vermutung aus über den Zusammenhang zwischen Nierenentzündung und Hindernissen der Harnentleerung; bestimmt wurde dieser Kausalnexus aber erst von Petit erkannt, der erklärt, daß jedes Hindernis für den Austritt des Urins durch die Urethra wie ein Pfropf für die gesamten Harnwege zu betrachten sei und allmähliche Erweiterung derselben bewirke.

Durch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen des 18. Jahrhunderts mehrten sich die Beobachtungen, welche die Kausalität zwischen Aszites und Veränderungen an den Nieren sicherstellten. Infolge der Entdeckungen Dekkers und Cotugnos von einer durch Hitze gerinnbaren Substanz im Harne teilte Cruikshank die Wassersucht ein in solche mit und ohne Eiweiß im Harne. Brande (1807) und Scudamore (1823), beide Engländer, lieferten den Nachweis, daß der eiweißhaltige Harn auffallend wenig Harnstoff enthält. Im Jahre 1823 gab Alison von Edinburgh an, in mehreren Fällen von Wassersucht harte, höckerige Nieren gefunden zu haben.



Erst die Arbeiten Brights aber brachten eine entscheidende Wandlung in der Nierenpathologie. In seiner ersten Abhandlung (1827) spricht er sich dahin aus, daß die Wassersucht meist in einer Erkrankung der Nieren ihren Grund habe, die sich durch Albuminurie erkennen lasse. In seinen späteren Arbeiten aus den Dreißiger- und Vierzigerjahren kommt die Erkenntnis der Nierenkrankheiten durch die rasche Entwicklung der mikroskopischen und chemischen Untersuchungsmethoden, durch die Bereicherung unseres Wissens über den feineren Bau der Nieren und ihre Funktionen in physiologischer und pathologischer Richtung zu einer umfassenden und gründlichen Ausbildung. Die erste große Monographie über sämtliche Nierenkrankheiten rührt von P. F. O. Rayer her.

Die auffallende Tatsache, daß der Harn bei manchen Erkrankungen des Harnsystems entweder schon in einem zersetzten und übelriechenden Zustande entleert wird oder beim Stehen rasch eine Veränderung eingeht, wobei sich ein ammoniakalisch stechender Geruch entwickelt, war frühzeitig bekannt und führte Boerhave 1721 zu der Annahme, daß der Harn eine exkretorische Substanz enthalte, die leicht in Fäulnis übergeht. Seit der Entdeckung des Harnstoffes durch Rouelle den Jüngeren, Cruikshank und Fourcroy und Vauquelin erkannte man bald, daß der ammoniakalische, stechende Geruch des zersetzten Harnes auf eine Zersetzung des Harnstoffes zurückzuführen sei. Fourcroy und Vauquelin führten den Nachweis, daß die Harngärung eine Zersetzung des Harnstoffes in kohlensaures Ammoniak sei. Als Ursache dieser Harngärung wurde der Zutritt von Luft, insbesondere von Sauerstoff, oder im Harne enthaltene albuminoide Substanzen oder auch ein totes Ferment, welches durch die Zersetzung der eiweißhaltigen Substanz an der Luft entstehen sollte, betrachtet. So standen die Dinge um die Mitte des 19. Jahrhunderts, als durch das Erscheinen von Pasteurs epochemachender Arbeit über die sogenannte Generatio aequivoca 1859 und 1860 ein helles Licht sich über das dunkle Gebiet der Gärungen verbreitete. Pasteur zeigte, daß erhitzter Harn auch bei Zutritt von Luft, wenn letztere erhitzt oder filtriert war, wochenlang unzersetzt bleiben konnte, wurde aber ein bestäubtes Asbeststückchen in den sterilen Harn geworfen, so erfolgte Trübung und Zersetzung des Harnes unter Entwicklung eines Bodensatzes, welcher Bakterien, phosphorsaure Ammoniakmagnesia und harnsaure Alkalien enthielt. Pasteur erklärte als Veranlasser der Harnzersetzung eine Mikrobe, seine Torule ammoniacale, welche von seinem Schüler van Tieghem rein gezüchtet wurde und bei Überpflanzungen in unzersetzten Harn dort neuerdings die Gärung anregte. Wenige Jahre später (1864) wurde Pasteurs Theorie von dem lebenden Ferment durch die bekannte Beobachtung Traubes eine glänzende Stütze verliehen. Ein Mann, der an Harnverhaltung litt und dessen Urin stets klar und sauer war, zeigte wenige Tage nach dem ersten Katheterisieren einen trüben, ammoniakalisch riechenden und eiterigen Urin. Ich kann auf die vielfachen Kontroversen, welche Pasteurs Entdeckung hervorrief und auf den Streit, der mehrere Jahre hindurch von den Gegnern und von den Verteidigern der Theorie des organischen Fermentes mit ebensoviel Scharfsinn als Ausdauer geführt wurde, hier nicht näher eingehen, ich will nur hervorheben, daß Pasteur den Anstoß gegeben hat zu einer wesentlichen Bereicherung unserer Kenntnisse über die Infektionen im Bereiche des Harnsystems.

Namentlich als durch Robert Koch die Methoden der Bakterienuntersuchung eine feste Basis gewonnen hatten, wurde durch zahlreiche experimentelle Arbeiten die Lehre von der bakteriellen Invasion in Blase und Nierenbecken in exakter Weise klargelegt. Die Arbeiten von Leube und Graser, Albarran und Hallé, Rovsing, Krogius, Schnitzler, Melchior, Schmidt und Aschoff und vieler anderer liegen so in unserer Zeit, daß F. ihre Resultate bei den Anwesenden als bekannt voraussetzen darf. Nicht unerwähnt lassen kann er die Verdienste Klebs', der durch seine Untersuchungen die Entstehung der Pyelonephritis durch Bakterieneinwanderung und den hämatogenen Ursprung verschiedener Nierenkrankheiten dargetan hat. Auf der Entdeckung Pasteurs und der Beobachtung Traubes ruht die moderne Antisepsis in der Urologie. (Schluß folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Die sekundären Geschlechtszeichen sind demnach ein Maßstab für die Leistung der Geschlechtsdrüsen. Allerdings kann die mangelhafte Ausbildung der sekundären Geschlechtszeichen auch durch andere Ursachen bedingt sein. So können z. B. durch Anpassung der Geschlechter an gleichartige Lebensbedingungen die Geschlechtsunterschiede mehr oder weniger verwischt sein. Frauen, die gleich den Männern harte Arbeit verrichten, nehmen männliche Körperformen sowie männliche Gesichtszüge an. Auch weitgetriebene Inzucht bewirkt nach den Beobachtungen Müllers eine Verwischung der Geschlechtsunterschiede. Wesentlichen Einfluß auf die Vererbungskraft des erwachsenen Tieres hat die Ernährung während dessen Jugendzeit. Kräftige Ernährung fördert das Wachstum aller Organe und somit auch dasjenige der Geschlechtsdrüsen. Die besser entwickelten Geschlechtsdrüsen werden aber auch imstande sein, leistungsfähigere und vererbungsfähigere Geschlechtszellen hervorzubringen Nicht alle sekundären Geschlechtscharaktere stehen in einem gleich engen Zusammenhange mit den Geschlechtsdrüsen, wie z. B. die Milchdrüsen, das Becken, der Kehlkopf Auch einige psychische Eigenschaften stehen in nahen Beziehungen zu den Geschlechtsdrüsen: das Muttergeschlechtsgefühl, das Verlangen nach dem anderen Geschlecht, die Brütlust usw. Ist die Wachstumsenergie gering, so werden sich die verschiedenen Äußerungen der geschlechtlichen Psyche nur schwach bekunden. Es ist klar, daß ganz besonders auch die psychischen Geschlechtseigenschaften zur Abschätzung der geschlechtlichen Energie in Betracht gezogen werden müssen.

In der gerichtlich-medizinischen Abteilung sprechen die Professoren Zangger, Zürich, und Schwabe, Saarbrücken, über das Thema:

Der Tod im Bergwerke und im Tunnelbau vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte.

Der Vortragende machte einleitend darauf aufmerksam, daß in den letzten Jahrzehnten durch Verschiebungen in der Gesetzgebung und die Entwicklung der Technik sehr große neue Aufgaben für die gerichtliche Medizin erwachsen sind, und da der Gerichtsarzt in vielen Fällen infolge seiner Stellung schneller und tiefer in die neuen Verhältnisse hineinsieht als die meisten anderen, so wird es seine Pflicht sowohl gegen die Öffentlichkeit als auch gegen sein Fach sein, neu auftretende Gefahren zu untersuchen, speziell die großen außerordentlichen Unglücksfälle, wo strafrechtliche wie zivilrechtliche Fragen an den Gerichtsarzt gestellt werden müssen. Die außerordentlichen Unglücksfälle bedeuten für den gerichtlichen Mediziner irreproduzierbare Experimente, sie zeigen ihm die neuen Aufgaben, deren er sich in jeder Hinsicht annehmen muß.

Tunnelbau und Bergwerk haben in bezug auf die Unglücksfälle außerordentlich viele Vergleichspunkte: Bei beiden sind die Gefahren resp. die Ursachen in zwei Gruppen zu teilen: 1. Die Durchschnittsgefahren und 2. die außerordentlichen Gefahren, die Katastrophen. Aus dem Vergleiche, speziell der Tabellen der schweizerischen Tunnelbauten über die Todesfälle nach Ursachen. Verhältnis zur Arbeiterzahl und Arbeitsleistung ergibt sich im Laufe der Zeit bei den verschiedenen Ursachengruppen ein ganz ungleiches Zurückgehen. Am auffälligsten ist die Abhängigkeit der Zahl der Todesfälle vom verwendeten Sprengmittel. Außerordentlich variable Unglücksfälle traten speziell mit der Einführung des Dynamits im Tunnelwasser ein und folglich Erstarren des Dynamits (Albula), doch sind in den letzten Tunnelbauten, speziell am Simplon, die Todesfälle infolge unverhoffter Dynamit-



explosionen sehr zurückgegangen. Am meisten Unglücksfälle mit tödlichem Ausgange erfolgen jetzt noch bei der Förderung, speziell bei der Doppelförderung, und eine Rolle spielt das Gefälle und vor allem die Aufsicht. Relativ wenig verändert hat sich die Zahl der Todesfälle, bedingt durch fallende Steine. Für den Gerichtsarzt können aber spezielle Todesfälle von größter Wichtigkeit werden, wenn die Todesursache nicht von vornherein klar ist, wo also verschiedene Ursachen möglich sind. Wenn z. B. in einem Tunnelbau mit elektrischem Betriebe eine Leiche gefunden wird mit Brandwunden, starken Quetschungen usw., so kann die Todesursache verschiedener Art sein (Explosionen. Überfahren. Starkstrom), und da für die verschiedenen Anteile an der Unternehmung fast immer verschiedene Unternehmer haftbar sind, so ist die gerichtlich-medizinische Frage nach der eigentlichen Ursache von Bedeutung (speziell schweizerisches Haftpflichtgesetz).

Ganz spezielles Interesse für die gerichtlichen Mediziner haben die außerordentlichen Gefahren und die Katastrophen im Tunnelbau und Bergwerk. Hier treten ungeahnt viele neue Probleme für den neuen Gerichtsarzt auf. Relativ einfach liegen die Verhältnisse bei Einbruch von Gesteinsmassen und von Wasser, am bedeutungsvollsten als Ursache der größten bekannten Katastrophen ist Einbruch und Entstehung von Gasen. Die letzten Jahre lehrten, daß in den verschiedenen Tunnelbauten (Bosruck, Karawanken, Andelsbuch und neuerdings Ricken) und den Bergwerken verschiedenster Länder durch Einbruch von Gasen die größten Katastrophen entstehen können. Als hauptsächliche gerichtlich-medizinische Aufgaben ergeben sich nach den eigenen Erfahrungen des Vortragenden speziell in Courrières: Untersuchung der Leichen an den verschiedensten Stellen des Explosionsgebietes, nachträglich Feststellung der Todesursachen verschiedenster Art, Art der Verwesung usw.

In der Abteilung für Zahnheilkunde hielt Dr. Alois Sickinger, Brünn, einen Vortrag über die Notwendigkeit der Einführung von Zahnärzten beim Militär und in den Schulen. Die mustergültigste Behandlung der Zähne sei in der österreichischen Marine eingeführt, sowohl in Pola als auch in Fiume, selbst in Sebenico. Das sei ein Verdienst des Marinestabsarztes Dr. Valentineig. Die gesamte Mannschaft hat unentgeltliche, fachmännische Behandlung, selbst alle technischen Arbeiter, Offiziere und Beamte zahlen geringe Beiträge; überall, sowohl beim Stabe, wie bei den Zöglingen und der Mannschaft herrscht die gleiche Fürsorge. Sowohl beim stehenden Heere wie bei der Landwehr sind zwar Fortschritte bemerkbar, durch Errichtung eigener zahnärztlicher Ambulatorien in ein paar größeren Garnisonsspitälern, in einem Truppenspital, Arad, und in den Bildungs- und Erziehungsanstalten, aber lange nicht hinreichend. Die deutsche Kriegsverwaltung sorgt für die Friedensverhältnisse durch kontraktlich verpflichtete Zahnärzte für Rechnung des Reichsfonds. Außerdem verrichten auch Sanitätsoffiziere zahnärztliche fachmännische Arbeiten. Der Vortragende schlägt vor: 1. Anstellung eigener Garnisonsärzte durch Kommandierung ohne Vermehrung des vorgeschriebenen Standes; 2. Anstellung eigener Schulärzte oder allgemeiner zahnärztlicher Ambulatorien mit Regiebeiträgen von Besserbemittelten, Ausbildung weiblicher Zahnärzte.

Erziehung der Jugend zur Gesundheit.

Prof. Alexander Weinberg, Leitmeritz, sprach über den modernen naturwissenschaftlichen Unterricht an Mittelschulen und die Erziehung der Jugend zur Gesundheit. Die Bildung des Geistes muß gleichen Schritt halten mit der normalen, gesunden Entwicklung des jugendlichen Körpers. Die Methodik des Unterrichtes in den Naturwissenschaften sei derartig zu vertiefen, daß das ursprüngliche Interesse der Jugend an der Natur und den Naturerscheinungen voll befriedigt werde. Das Experiment herrsche vor und möge Verzicht geleistet werden auf langatmige Beweise, umständliche Formeln und systematische Besprechungen. Dadurch wird viel Zeit gewonnen; es entfallen die häuslichen Vorbereitungen in Physik, Chemie und Naturgeschichte und kann die schulfreie Zeit neben den mathematischen und philologischen Arbeiten voll und ganz der Erholung gewidmet werden. Bei allen Gelegenheiten sind hygienische Bemerkungen in den Unterricht einzustreuen. Namen und Biographien bedeutender Naturforscher und Ärzte der Jetztzeit mögen der Jugend ebenso geläufig sein wie die Helden der Geschichte. Die praktischen Übungen in den Naturwissenschaften sind von hohem Werte, da sie fachliche Kenntnisse besser vermitteln als das bloße Wort und das vorgeführte Experiment; die manuellen Fertigkeiten werden begünstigt, der Beobachtungssinn wird gestärkt und der Gedankenkreis des Jünglings von der Buchgelehrtheit auf das praktische Leben hinübergeleitet. Von großem Nutzen ist der Unterricht im Freien. Er finde statt auf Schülerreisen und betätige sich in dem Besuche von Fabriken, Museen, Bergwerken, historischen Baudenkmalen und auf botanischen und geologischen Exkursionen. Die Anlage botanischer Gärten ist sehr zu empfehlen. Der botanische Garten sei auf biologischer Grundlage eingerichtet und derartig angelegt, daß darin unterrichtet werden könne. Der Unterricht im Freien, wie ihn Referent seit Jahren in dem von ihm geschaffenen mustergültigen, modernen botanischen Garten durchführt, hat die besten Unterrichtserfolge gezeitigt. Der Unterricht im Freien ist ein wichtiges Hilfsmittel für die gründliche naturwissenschaftliche Heranbildung und die hygienische Erziehung der Jugend. Wir kommen dem Leben näher, wenn wir in den Naturwissenschaften mit veralteten Sitten und Gebräuchen brechen, wenn wir stets das Experiment sprechen lassen und die Natur an ihren Quellen studieren.

In einer gemeinsamen Sitzung der beiden Abteilungen für Augenheilkunde und Hygiene hielt Dr. Schanz, Dresden, zusammen mit Dr. ing. Stockhausen, Dresden, einen Vortrag:

Die schädliche Einwirkung unserer künstlichen Lichtquellen.

Schanz stellt seinen Mitarbeiter als einen Fall vor, der bei Arbeiten am elektrischen Lichtbogen eine schwere elektrische Augenentzündung (Ophthalmia electrica) bekommen hat. Diese Erkrankung wird, wie vielfache Untersuchungen ergeben, ausgelöst durch die ultravioletten Strahlen. Diese Strahlen sind für das menschliche Auge nicht sichtbar, können aber, da sie besonders stark chemisch wirksam sind, mittels Photographie leicht nachgewiesen werden. Die bisherigen Untersucher haben eine zwischen Auge und Lichtquelle eingeschaltete Glasplatte für einen genügenden Schutz der Augen gehalten. In dem eingangs angeführten Falle hatte dies nicht genügt. Dr. Stockhausen hatte bei seinen Untersuchungen seine Brille aufgehabt und war trotzdem sehr heftig erkrankt. Dieser Umstand veranlaßte die beiden Autoren, eine Untersuchung vorzunehmen, wie weit Glas die ultravioletten Strahlen absorbiert, und dabei zeigte sich, daß nur die ultravioletten Strahlen, welche eine kürzere Wellenlänge als etwa 300 *mm* besitzen, von den gewöhnlichen Lampen- und Brillengläsern absorbiert werden. Das sind aber bekanntlich diejenigen der ultravioletten Strahlen, die die geringste Penetrationskraft besitzen, die am wenigsten tief in den menschlichen Organismus einzudringen vermögen. Die wirksamsten ultravioletten Strahlen sind die zwischen 400 und 300 Wellenlänge, und gerade diese werden von den üblichen Lampen- und Brillengläsern glatt durchgelassen. Von den üblichen Schutzbrillen sind die blauen das Gegenteil von Schutzgläsern, sie lassen die ultravioletten Strahlen besonders gut durch. Die rauchgrauen Brillen schwächen diese Strahlen ebenso wie das sichtbare Spektrum, ohne sie ganz auszulöschen. Eine weitere Untersuchung der beiden Autoren erstreckte sich auf den Reichtum unserer künstlichen Lichtquellen an ultravioletten Strahlen. Sie haben vom Kienspan und der römischen Öllampe an bis zu den allerneuesten elektrischen Lampen das Licht mit dem Quarzspektrophotographen zerlegt und auf den Reichtum an ultravioletten Strahlen untersucht. Das Resultat war, daß unsere künstlichen Lichtquellen mit wachsender Lichtstärke oder auch wachsender Temperatur immer

reicher an ultravioletten Strahlen geworden sind. Die Industrie hat noch nicht versucht, diese Strahlen, die unsichtbar sind und deshalb für den Sehakt nicht gebraucht werden, vom Auge fernzuhalten. Jedermann merkt, wenn er ein Arbeitsquantum, das er bei Tageslicht gerade noch, ohne eine Anstrengung seiner Augen zu fühlen, ausführen kann, plötzlich bei Licht ausführen soll, daß seine Augen rascher ermüden. Das Licht drückt ihn auf die Augen. Noch auffälliger ist dies, wenn an den Augen schon leichte katarrhalische Erscheinungen bestehen. Das diffuse Sonnenlicht ist nicht sehr reich an solchen Strahlen, weil unsere Atmosphäre sie stark absorbiert, und weil durch die mehrfache Reflexion ein großer Teil verloren geht, ehe sie an unserem Arbeitsplatz in unsere Augen gelangen. Im Auge befindet sich ein Schutzorgan, welches die Netzhaut vor der Einwirkung der ultravioletten Strahlen schützt. Das ist die Linse. Die Linse zeigt bei Bestrahlung mit ultravioletten Strahlen eine intensive Fluoreszenz. Die ultravioletten, unsichtbaren Strahlen werden wieder in sichtbare umgesetzt. Wer je die Intensivität dieses Vorganges beobachtet hat, muß sich die Frage vorlegen: Werden durch diesen Umsatz der Energie mit der Zeit nicht nachweisbare Veränderungen in diesem Organe hervorgerufen? Widmark, Schulek und andere sahen bei intensiver Belichtung mit ultravioletten Strahlen Trübungen der Linse auftreten. Könnte der Altersstar nicht eine Folge derartiger Veränderungen sein? Der Altersstar beginnt meistens am Rande der Linse, also in Bezirken, die durch die Regenbogenhaut vor der direkten Einwirkung der ultravioletten Strahlen geschützt sind. Es wäre aber möglich, daß ein anderer Prozeß die Sklerose des Linsenkornes im Zentrum der Linse verhindert. Da, wo Augen zu einer Zeit, wo dieser Prozeß noch nicht eingesetzt hat, dauernd besonders intensiv der Einwirkung ultravioletter Strahlen ausgesetzt werden, trübt sich gerade das Zentrum der Linse. Wir sehen dies beim Glasmachermeister. Der Nachweis, daß jetzt Linsentrübungen häufiger auftreten als früher, wo wir noch keine Lichtquellen besaßen, die so reich an ultravioletten Strahlen waren, dürfte nur schwer zu erbringen sein. Mit dieser Möglichkeit muß aber jetzt gerechnet werden. Wir müssen unsere Augen vor der Wirkung ultravioletter Strahlen zu schützen suchen, nicht nur, weil diese am vorderen Auge Reizerscheinungen hervorrufen, sondern auch, weil die Möglichkeit besteht, daß die Altersveränderungen der Linse (der graue Star) dadurch beschleunigt wird. Wir müssen versuchen, für diese Lichtquellen Glashüllen zu suchen, welche die ultravioletten Strahlen stärker absorbieren als die jetzigen. Die Redner haben gemeinsam versucht, ein solches Glas herzustellen. Es ist ihnen dies auch, wie dies durch Demonstrationen gezeigt wird, geglückt. Das Glas wird in kurzer Zeit in den Handel kommen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Referate.

Die adenoiden Vegetationen. Von Dr. Emil Glas, Wien.

Die adenoiden Vegetationen sind eine Erkrankung der Rachentonsille, welche in zwei Formen auftreten kann: I. Die kamm- und zapfenförmigen Wucherungen, welche stalaktitenartig vom Fornix pharyngis herunterhängen; II. die halbkugelige, zirkumskripte, an ihrer Oberfläche mehr glatte Hypertrophie der Rachenmandel. Die zum Waldeyerschen lymphatischen Schlundring gehörige Luschkasche Tonsille (Tonsilla pharyngea) hypertrophiert in diesen beiden Formen sehr häufig und erzeugt hiedurch das unter dem oben angegebenen Namen bezeichnete Krankheitsbild. Wir finden diese Erkrankungen vorzüglich im Kindesalter (vom zweiten bis dritten Lebensjahre angefangen) und wird das Auftreten dieser Hypertrophie auf verschiedene Momente zurückgeführt, vorzüglich auf durchgemachte Erkrankungen, (Scharlach, Masern, Keuchhusten), doch ist es unzweifelhaft, daß sie in einer nicht geringen Anzahl von Fällen angeboren ist und mit einer Hypertrophie der Gaumentonsillen oder sonstiger lymphoider Organe einhergeht. Die Annahme, daß die Hypertrophie der Rachenmandel in das Bild des Status scrophulosus gehöre, ist irrig, da bei weitaus der größten Zahl der Fälle Vegetationen ohne sonstige Symptome skrophulöser Diathese zu finden sind, und diese Kinder nach der Adenotomie wunderbar aufblühen. Nur wenige Fälle zeigen Ekzem des Naseneinganges, Conjunctivitis eczematosa, Lymphdrüsenschwellungen, eventuell Karies — doch sind diese Befunde viel zu selten, als daß man berechtigt wäre, dies als ein zusammengehöriges Krankheitsbild zu bezeichnen.

Die histologische Untersuchung der adenoiden Vegetationen ergibt ein den hypertrophischen Gaumentonsillen ähnliches Bild: ein lockeres fibrilläres Gewebe, in welches die lymphoide Substanz in Form von Follikeln eingelagert erscheint.

Das Krankheitsbild ist in den ausgesprochenen Fällen ein typisches: Der Gesichtsausdruck des Kindes ist ein schlaffer, schläfriger, manchmal blöder, die oberen Augenlider sind gesenkt, die Nasolabialfalten verstrichen, der Mund halb geöffnet. Die nasale Atmung ist, wie die Untersuchung ergibt, eine wesentlich erschwerte oder sogar völlig aufgehobene. Der Gaumen ist in einer großen Zahl von Fällen nicht flach transversal, sondern spitzbogenförmig, der Oberkiefer manchmal relativ verkürzt, die Zähne unregelmäßig gestellt dadurch, daß die obere Zahnarkade verkürzt ist. Die Sprache des Patienten ist verändert: die Nasenlaute m, n, ng vermag das Kind nicht auszusprechen, es sagt statt „nein" — „lein", statt „Nase" — „Lase". Die Sprache wird gleichzeitig klanglos und matt dadurch, daß die Resonanz aufgehoben und der Stimmfremitus gewisser Konsonanten verloren geht.

Die Untersuchung auf adenoide Vegetationen kann auf verschiedene Weise gemacht werden: I. Per Rhinoscopiam anteriorem; II. per Rhinoscopiam posteriorem; III. per palpationem. Die erste Untersuchung ist nur bei älteren Kindern durchführbar, bei denen die Einführung des Nasenspekulums leicht möglich ist, und führt nur in jenen Fällen zum Ziele, in welchen die Nasenwege relativ frei sind, und auf diese Weise die retronasalen Verhältnisse überblickt werden können. Fälle, in denen Spinabildungen höheren Grades, Deviationen, große Hypertrophien, Polypenbildungen u. ä. bestehen, werden für die vordere Rhinoskopie diesbezüglich ungünstige Verhältnisse geben. Manchmal bedürfen wir zur Konstatierung adenoider Vegetationen auf diesem Wege der Kokainisierung der unteren Muscheln. Die hintere Rhinoskopie führt bei älteren Kindern und bei Erwachsenen zu deutlichen Bildern, bedarf jedoch einer gewissen Übung, zumal in jenen Fällen, in welchen eine größere Reizbarkeit und ein kleiner Nasopharynx vorhanden ist. Würg- und Preßbewegungen erschweren wesentlich den Einblick in den Epipharynx. Mäßige Kokainisierung der hinteren Velumfläche und der pharyngealen Schleimhaut genügen oft, um eine Besichtigung des retronasalen Gebietes zu ermöglichen. Bei ganz kleinen Kindern mühe man sich selbstverständlich mit diesen Methoden nicht weiter ab, sondern greife gleich zur dritten, der Palpation. Diese Methode ist sehr einfach und ergibt, von geübter Hand ausgeübt, in wenigen Augenblicken einwandfreie Resultate. Der untersuchende Arzt stellt sich hinter das zu untersuchende Kind, dessen Hände gut fixiert sind, lehnt den Kopf des Kindes an seinen Körper an, führt den Zeigefinger einer Hand schützend zwischen Ober- und Unterkiefer des Kindes, während der untersuchende Zeigefinger der anderen Hand von der anderen Seite hinter das Velum in den Epipharynx palpierend eingeführt wird. Eine geringe Übung in der Palpation adenoider Massen ermöglicht die sofortige Konstatierung vorhandener Wucherungen. Während sich sonst der Fornix pharyngis ganz glatt anfühlt und man das Gefühl hat, normale Schleimhaut unter dem Finger zu haben, ist bei adenoiden Vegetationen ein weiches elastisches Polster unter dem palpierenden Finger zu fühlen. Es kann diese Untersuchung ganz leicht, ohne wesentliche Beschwerden für das Kind, mit nur minimaler Blutung durchgeführt werden und ist jedenfalls bei kleinen Kindern die einfachste und am wenigsten zeitraubend. Bei richtiger Haltung bedarf man auch keines Fingerschützers,



welcher ja doch immerhin für den Patienten ein wenig unangenehm ist. Im Gegensatze hiezu wird man bei Erwachsenen jedenfalls nur in besonderen Ausnahmsfällen zur Palpation zu greifen haben, da hier zumeist die hintere Rhinoskopie vorzüglich gelingt und in jenen Fällen, in welchen die Leute stark gereizt erscheinen, eine leichte Kokainisierung die vollkommene Untersuchung ermöglicht.

Zu den unangenehmen Folgen, die im Verlaufe dieser Erkrankung auftreten können, gehören: die verschiedenen Affektionen des Gehörorganes (Verlegtsein der Tube, Katarrhe derselben, Mittelohrkatarrhe akuter und chronischer Natur), Katarrhe der Bronchien, Reflexneurosen, Enuresis nocturna, Asthma u. a.

Von hervorragender Wichtigkeit ist die Therapie der adenoiden Vegetationen. Die konservative Therapie ist in jenen Fällen, in welchen mehr oder weniger Beschwerden vorhanden sind und eine tatsächliche Vergrößerung der Rachenmandel besteht, unbedingt völlig auszuschalten. Pulverförmige Adstringentien, Salzbäder, Lungengymnastik u. ä. können eine bestehende Hypertrophie der Rachentonsille weder zum Schwinden noch zum Schrumpfen bringen: in allen diesen Fällen ist nur das operative Verfahren am Platze.

Was die Frage der Anästhesie anbelangt, so ist diesbezüglich folgendes zu bemerken: Aus mehrfachen Gründen ist die Ausführung dieses kleinen Eingriffes ohne Narkose wünschenswert, da erstens die unangenehmen Nachwirkungen der Narkose wegfallen, zweitens man sich nach der Operation mit dem Kinde besser verständigen kann und endlich drittens die Operation ohne Beihilfe eines zweiten Arztes ohne jegliche Vorbereitung leicht ausführbar ist. Nur in Fällen, in welchen es sich um sehr widerspenstige Kinder handelt, wird eine leichte Einschläferung notwendig sein, doch darf auf keinen Fall eine tiefere Narkose gemacht werden, da das Kind gleich post operationem auf Anrufen reagieren soll und das Blut resp. die Adenoiden auszuspucken hat. Bei Erwachsenen wird der Eingriff selbstverständlich ohne Allgemeinnarkose ausgeführt, doch ist eine mehrmalige Kokainisierung des Nasenrachens bestens anzuraten.

Von unangenehmen, nach der Operation auftretenden Erscheinungen wären vor allem die zum Glücke relativ seltenen Nachblutungen zu erwähnen. Während die im Anschlusse an den Eingriff auftretende Blutung gewöhnlich in 5—10 Minuten aufhört, gibt es Fälle, wo die Blutung intensiv und lange anhält. Man vergesse hiebei niemals, nochmals genauestens zu untersuchen, da herunterhängende Fetzen und Reste nicht selten zu starken Blutungen Anlaß geben. Natürlich habe man sich prophylaktisch vor der Operation versichert, daß man es weder mit Hämophilen noch mit Leukämikern zu tun habe (merkwürdige Transparenz und gelbliche Färbung des lymphoiden Gewebes bei letzteren!). Steht die Blutung nach der Adenotomie trotz Ruhe, Eispillen, Eingießen von Eiswasser in die Nase nicht, so wird man sich schließlich, wenn auch ungern, zur Tamponade des Nasenrachens entschließen müssen. Daß auf diese Weise schwere Otitiden, in seltenen Fällen sogar auch Sepsis und Meningitis zustande kommen kann, darüber gibt die entsprechende Literatur Auskunft. Auch Todesfälle durch Nachblutung sind beschrieben (Cartaz, French, Newcomb, Beausoleil). Von sonstigen unangenehmen Zufällen wären postoperative Nackensteifigkeit, schmerzhafte Drüsenschwellungen, Entzündung der Retropharyngealdrüsen, postoperative Angina follicularis u. ä. zu nennen. Doch bilden sich alle diese Erscheinungen wieder in Kürze zurück. (Die Heilkunde Nr. 10, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 7. Februar 1908.

Markus Hajek stellt zwei Kranke vor, an welchen er wegen schweren chronischen Empyems der Stirnhöhle die Radikaloperation nach Kilian ausgeführt hat, jedoch mit der Modifikation, daß er bei dem zweiten Patienten, bei dem eine enorm hochgradig ausgebildete Orbitalbucht der Stirnhöhle bestand, diese Orbitalbucht in ihrer ganzen Ausdehnung freilegte, indem er die Trochlea ablöste. Die Ablösung der Trochlea wurde bis nun perhorresziert, da man von der Anschauung ausging, daß ihre Entfernung unbedingt das Auftreten von Doppelbildern zur Folge haben müßte. Hajek kann nun auf Grund der bisher operierten Fälle zeigen, daß diese Gefahr nicht besteht, da in keinem der operierten Fälle Störungen im obliquus superior auftraten. Diese Modifikation erleichtert die Technik der Operation ungemein und ist besonders für Stirnhöhlen mit stark ausgebildeter Orbitalbucht zu empfehlen.

Alois Kreidl demonstriert in seinem und im Namen von A. Neumann ultramikroskopische Präparate von verschiedenen Milcharten, nämlich Rinder-, Katzen-, Kaninchen-, Meerschweinchen-, Hunde- und Frauenmilch. Dabei ergibt sich der auffallende Befund, daß sich die Frauenmilch von den anderen untersuchten Tiermilcharten dadurch unterscheidet, daß sie ein korpuskuläres Element nicht enthält, welches sich im Dunkelfelde der anderen Milcharten stets vorfindet. Bei diesen ist das Plasma nämlich dicht erfüllt von einer großen Menge kleinster Teilchen, die sich in lebhafter molekularer Bewegung befinden. Kreidl nennt diese Tröpfchen Laktozonien.

Theodor Escherich macht darauf aufmerksam, daß es sich möglicherweise dabei um anorganische Bestandteile handle (Kalksalze), die ja in der Tiermilch in sehr viel größerer Menge vorhanden sind als in der Frauenmilch

Isak Robinsohn: Über das Vorkommen von Beckenflecken bei Ischias und ihre Deutung als Bursensteine. Unter „Beckenflecken“ versteht man in der Röntgenologie die von Albers-Schönberg entdeckten, in ihrer Lokalisation an eine bestimmte Stelle des Beckens, besonders der Spina inf. oss. ilei und Pars horizontalis oss. gebundenen Schatten von mehr oder weniger kugeligen, verkalkten Gebilden, Konkrementen. Diese Gebilde haben bisher verschiedene Deutung erfahren: sie wurden unter anderem aufgefaßt als Phlebolithen, Lymphdrüsenverkalkungen, intramuskuläre Verkalkungen, sogar als Exostosen, deren Stiel man nicht sieht. Robinson ist nun der Ansicht, „daß der gleiche — bisher unbekannte — Prozeß, welcher das Zustandekommen der wohl sicher als pathologische Elemente anzusprechenden Beckenflecke verursacht, früher oder später konstant oder vorübergehend, auf andere Beckenorgane, speziell auf den Harnleiter und Hüftnerv einwirken kann.“ Diese Ansicht glaubt R. durch Demonstration eines einschlägigen Falles stützen zu können. Der demonstrierte Patient ist ein 28jähriger Mann, der seit acht Jahren an Gonorrhoe, seit drei Jahren an beiderseitiger Ischias leidet. Alle bisher angewendeten Behandlungsmethoden waren ohne Erfolg. Die Röntgenuntersuchung ergibt beiderseits an den typischen Stellen, Gegend der Spina oss. ischii und am horizontalen Schambeinaste, multiple Konkremente, die auch nach ihrer runden Form und ihrer Kompaktheit als typische Beckenflecken anzusprechen sind. Nach Robinsohns Ansicht handelt es sich in diesem Falle um eine Ischias auf der Basis einer Synovitis gonorrhoica der Beckenschleimbeutel.

Anton Bum ist der Ansicht, daß dem Robinsohnschen Befunde Aufmerksamkeit zu schenken sei, da es nicht als ausgeschlossen betrachtet werden kann, daß die Schmerzen in einzelnen, seltenen Fällen als Kompressionserscheinungen infolge Druckwirkung von dem Nervenstamme unmittelbar anliegenden verkalkten Schleimbeuteln usw. anzusehen sind.

Wilhelm Winternitz glaubt, daß, so lange es nicht erwiesen sei, welcher Natur die Grundlage dieser Flecken ist, ob Salz- oder Harnsäureanhäufungen, müsse es wohl dahingestellt bleiben, welche Bedeutung sie für die Ischialgien haben. Auch kommen Heilungen von Ischias vor, ohne daß die Beckenflecken eine Veränderung zeigen.



Robinsohn glaubt in den Bemerkungen Winternitz', daß nach dem Schwinden der Beschwerden die Konkremente bleiben, eine Stütze für seine Auffassung zu erblicken. Überdauern doch, wie man sich radiologisch leicht überzeugen kann, auch die freien Gelenkskörper die jedesmaligen akuten Exazerbationen des Gelenksleidens.

Eppinger, Falta und Rudinger: Über Wechselbeziehungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Nach Exstirpation der Schilddrüse beträgt der Hungereiweißumsatz beim Hunde weniger als die Hälfte der Norm und läßt sich durch Kohlehydrate und Fett nicht weiter einschränken. Die eiweißsparende Wirkung der natriumfreien Energieträger bezieht sich wohl nur auf jene Fälle des Eiweißumsatzes, der von der Schilddrüse aus beherrscht wird. Bei schilddrüsenlosen Hunden gelingt es nicht mehr, durch intraperitoneale Injektion selbst großer Dosen von Adrenalin Glykosurie zu erzeugen. Die bekannte glykosurische Wirkung des Adrenalins tritt aber wieder auf, wenn die Tiere mit Schilddrüsensaft vorbehandelt werden. Die Exstirpation des Pankreas hebt die glykosurische Wirkung des Adrenalins nicht auf. Diese ist im Gegenteile jetzt verstärkt. Von Wichtigkeit ist, daß Adrenalin bei schilddrüsenlosen Hunden wieder wirksam ist, wenn auch das Pankreas mitentfernt wurde. Die Mobilisierung der Kohlehydrate durch das Adrenalin steht also unter zwei antagonistischen Einflüssen: einem fördernden durch die Schilddrüse und einem hemmenden durch das Pankreas.

Otto v. Fürth und Karl Schwarz: Über physiologische Wirkungen des Jodothyrins. Die Vortragenden haben Tiere durch systematische Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten in den Zustand des Hyperthyreoidismus versetzt, es gelang ihnen aber nicht, im Gegensatze zu anderen Forschern, das Löwische Pupillenphänomen (Mydriasis nach Instillation von Adrenalin) zu erzielen. Vielleicht ist diese Divergenz dadurch zu erklären, daß im Gegensatze zu anderen, die ihre Versuchstiere mit Schilddrüsenextrakten als solchen behandelt haben, die Vortragenden Lösungen des Baumannschen Jodothyrins injizierten. Weiters gelang es den Vortragenden, die zuerst von Cyon behauptete, dann von zahlreichen Autoren teils bestätigte, teils bestrittene erregende Wirkung des Jodothyrins auf die Vagusendigungen im Herzen, sowie auf die Depressoren und seinen angeblichen Antagonismus dem Atropin gegenüber zu widerlegen; ebenso die von Cyon behauptete Erregung intrakardialer, vom Vagus unabhängiger Hemmungszentren. Außerdem konnten die Redner ein außerordentlich charakteristisches Blutdruckphänomen bei Katzen, nicht aber bei Kaninchen und Hunden beobachten. Es ist ihnen ferner gelungen, durch einen dem Baumannschen Verfahren nachgebildeten Vorgang aus diesem künstlich dargestellten Jodeiweiß eine Art „künstliches Jodothyrin" darzustellen, welches sich in seinem Verhalten beim Blutdruckversuche von dem natürlichen Jodothyrin in keiner Weise unterscheidet. Das Jodothyrin scheint ein jodiertes Derivat eines der im Eiweißmolekül vorhandenen zyklischen Komplexe zu sein. Etwa ein jodiertes Tyrosin, Phenylalanin oder Tryptophan; doch hat der direkte Versuch mit diesen Substanzen, die wir bereits dargestellt und geprüft haben, die Unwirksamkeit derselben ergeben. Auch das Reinigungs- und Darstellungsverfahren des Jodothyrins ist soweit ausgearbeitet worden, daß nunmehr auch von Analysen einige Aufklärung verlangt werden kann. Die Untersucher finden es auffallend, daß trotz langdauernder Behandlung von Tieren mit subkutanen Jodothyrininjektionen nur eine vorübergehende, nicht aber eine andauernde Tachykardie und keine Abmagerung erzielt wurde.

Eppinger erwähnt noch, daß, während es bei normalen Hunden niemals gelingt, durch Instillation von Adrenalin in das Auge eine Reizbarkeit des Sympathikus (Reaktion nach Löwi) zu beobachten, gelingt es nach Verabreichung von Schilddrüsenpreßsaft (oder Schilddrüsentabletten) stets nach Einträufeln von Adrenalin in das Auge, Pupillenerweiterung zu erzielen. Bei pankreaslosen Hunden war der Schilddrüsenmangel imstande, die Löwische Reaktion zu verzögern oder selbst aufzuhalten.

Hermann Teleky bemerkt, daß bei Anwendung von Thyreoidintabletten bei längerem Gebrauche der Blutdruck wohl sinkt, der Puls aber beschleunigt war, im Widerspruch mit dem Experiment zu sein scheine.

Ernst P. Pick berichtet über Versuche, die er mit F. Pineles im serotherapeutischen Institute eben anstelle und die unter anderem die physiologische und chemische Charakterisierung derjenigen physiologischen Substanz zum Ziele haben, an welche die lebenswichtigen Funktionen der Schilddrüse geknüpft sind. Zu diesem Zwecke wird jungen Ziegen, die nach Schilddrüsenexstirpation myxödematös geworden waren, verschiedene Derivate der Schilddrüse per os und subkutan einverleibt, um die Wirksamkeit dieser Präparate auf das Myxödem studieren zu können. Frische Hammel- wie auch Schweineschilddrüsenpräparate waren, innerhalb von ungefähr vier Wochen per os dargereicht, imstande, eine deutlich sichtbare, äußerst günstige Beeinflussung des ganzen Krankheitsbildes herbeizuführen. Eine Behandlung dieser gut wirksamen Schilddrüsensubstanzen mit Hilfe einer $^1/_4$jährigen Trypsinverdauung, bei der eine völlige Ausspaltung des Eiweißes in abiurete Spaltungsprodukte stattgefunden hat, führt zu Präparaten, welche sowohl bei subkutaner als auch bei Darreichung per os sich als völlig unwirksam erwiesen. Ebenso verhält sich nach bisherigen Erfahrungen das Präparat, das nach einer $^1/_4$jährigen Pepsin-Salzsäureverdauung gewonnen wurde und bei der ebenfalls nahezu alles Eiweiß in nicht mehr Biuretreaktion gebende Produkte umgewandelt wurde. Ebenso wenig war die vier- bis siebenwöchige Darreichung des Jodothyrins in täglichen Mengen von zwei bis fünf Tabletten, von denen eine 0·3 *g* frischer Schilddrüsensubstanz entspricht, imstande, das Krankheitsbild des Myxödems in nennenswerter Weise zu beeinflussen. Diese Versuche ergaben daher, daß das Baumannsche Jodothyrin, das durch Säurespaltung erhalten wird, nicht jene wirksame Substanz der Schilddrüse sein kann, welche die lebenswichtige Funktion der Schilddrüse zu ersetzen vermag.

v. Fürth erwidert Teleky, daß bei chronischer Anwendung des Jodothyrins zwar Tachykardie regelmäßig beobachtet wird, doch sei diese vorübergehend und lange nicht so hochgradig und andauernd wie jene Tachykardie, welche Georgiewsky nach Injektion sehr kleiner Mengen von Rohextrakten aus Schilddrüsen beobachtet hat.

Wilhelm Falta bemerkt noch, daß Untersuchungen, mit denen er sich gegenwärtig beschäftige und die den Hungerstoffwechsel betreffen, ergeben werden, ob das Jodothyrin wirklich das den Eiweißumsatz steigernde Prinzip des Schilddrüsensaftes darstellt.

Siegmund Fränkel verweist auf die Versuche von Walter Halle, die ergeben haben, daß das Adrenalin aus Tyrosin und zwar anscheinend durch das Zusammenwirken mehrerer Organe entsteht. Die Adrenalinbildung ist also eine kombinierte Funktion mehrerer Organe, nach der Intensität der Methylierung sind am ehesten die Schilddrüsen nebst der Nebenniere an der Bildung beteiligt, vielleicht aber auch das Pankreas.

v. Fürth kennt die von Fränkel erwähnten Untersuchungen, die ergeben haben, daß das Jodothyrin die Reaktion auf Tyrosin (nach Millon) und Tryptophan (nach Ehrlich) zwar nicht direkt, wohl aber nach Kochen mit Wasser im Autoklaven, bezw. nach Reduktion mit Natrium in alkoholischer Lösung gibt.

Alfred Exner und Heyrovsky: Vorläufige Mitteilung über Gallensteinbildung. Die Versuche wurden an Ochsen und Menschengalle angestellt. Filtrierte und sterilisierte Galle wurde in 2 Portionen geteilt, die eine mit Kolibazillen beimpft und beide in den Brutofen gestellt. Es ergab sich nun, daß die gallensauren Salze durch Einfluß der Bakterien



zersetzt werden. Hierauf lösten sie taurochol- und glykocholsaures Natron in gebräuchlicher Bouillon auf und beimpften einzelne Proben mit den verschiedensten Bakterienarten. Auch die quantitative Gallensäurebestimmung dieser Proben zeigt in unzweideutiger Weise, daß durch das Wachstum der Bakterien in Bouillon die gallensauren Salze zersetzt werden. Es wird daher durch das Zugrundegehen der gallensauren Salze in der beimpften Galle das Lösungsmittel für Cholestearin zerstört und letzteres fällt als Niederschlag aus. Um nun zu untersuchen, in welchem Ausmaße verschiedene Bakterienarten die Zersetzung der gallensauren Salze verursachen, lösten sie in Bouillon gallensaure Salze auf und beimpften einige Proben mit verschiedenen Bakterien. Sie fanden nun, daß Typhusbazillen innerhalb von fünf Tagen imstande sind, die Menge des taurocholsauren Natrons auf zirka $^1/_{19}$ zu reduzieren. Während Bacterium typhi die stärkste Zersetzung verursacht, zersetzen die anderen von ihnen geprüften Bakterienarten viel weniger, so daß sie imstande sind, eine Skala aufzustellen, die vom Streptokokkus beginnend, über Staphylokokkus, Bacterium Friedländer, Bacterium coli, Pyocyaneus, Proteus, zum Bacterium typhi hinführt. Nachdem im allgemeinen die Gallensteine hauptsächlich aus Cholestearin bestehen und mit der Ausfällung des Cholestearins der Anlaß zur Gallensteinbildung gegeben ist, ist es klar, daß jene Bakterienarten, die am meisten gallensaure Salze zersetzen, wohl jene sind, die in der Ätiologie der Cholelithiasis die hervorragendste Rolle spielen. Finden wir trotzdem bei Gallensteinen Infektionen der Galle mit zersetzenden Bakterienarten, wie z. B. Streptokokken, so können wir fast mit Sicherheit annehmen, daß ihre Anwesenheit auf eine sekundäre Infektion zurückzuführen sei und daß sie in der Ätiologie der Gallensteinbildung keine Rolle gespielt haben.

Alois Pick glaubt nicht, daß die Gallensteinbildung ein ausschließliches Werk von Mikroorganismen sei. Der Ausfall von Cholestearin kann ja auch durch eine Insuffizienz der Leberzellen erfolgen. Diese Insuffizienz könne entstehen, wenn eine zu große Menge von Giftstoffen in den Darmkanal gelangt oder dort gebildet wird, so daß die Leber nicht imstande ist, dieselbe zu entgiften. Die Folgen der Insuffizienz der Leber könne sogar durch die abnormale Zusammensetzung der Galle zu einem Ausfall von Cholestearin und hiedurch zur Gallensteinbildung Veranlassung geben. Bei Leberinsuffizienz wird es infolge der gestörten Harnstoffbereitung zu einer Zunahme der Vorstufen kommen, was zur Harnsäurediathese Veranlassung geben kann. Auf diese Weise läßt sich — vielleicht — das häufig gleichzeitige Vorkommen von Cholelithiasis und uratischer Diathese, ferner das mitunter vorkommende Auftreten von Glykosurie bei letzterer und bei einigen Leberaffektionen, ferner der günstige Einfluß derselben Mittel (Alkalien, Karlsbader Wasser usw.) auf diese scheinbar verschiedenartigen Prozesse erklären. *i. m.*

IV. Literatur.

Die bakteriellen Nahrungsmittelvergiftungen. Von A. Dieudonné, München. Würzburg, K. Kabitzsch (A Stubers Verlag) 1908. VIII. Bd., 34. Heft der Würzburger Abhandlungen.

Auch dieses Heft reiht sich würdig seinen Vorgängern an. Die Erkrankungen durch den Genuß von Nahrungsmitteln sind sehr häufig und kommen sicher noch weit öfter, als bekannt wird, vor, da nur bei gehäuftem Auftreten, und auch dann nicht immer, etwas davon in die Öffentlichkeit gelangt. Viele unbestimmte Infektionen und Erkrankungen des Darmkanales oder vorübergehende Verdauungsstörungen, die als Diätfehler bezeichnet werden, sind zweifellos sehr oft auf verdorbene Nahrungsmittel zurückzuführen. Um so mehr ist die Bearbeitung dieses schwierigen Stoffes durch einen Fachmann wie D. zu begrüßen. D. gliedert seinen Stoff in folgende Abteilungen: Fleischvergiftungen, Fischvergiftungen, Käsevergiftungen, Vergiftungen durch Vanillecreme und Mehlspeisen, Kartoffelvergiftungen und Konservenvergiftungen. In jedem Abschnitte weiß er ein anschauliches, klares Bild zu liefern. Löwe.

Moderne Chirurgie für gebildete Laien. Von Geheimrat Dr. H. Tillmanns. 160 S. mit 78 Abbildungen und einer farbigen Tafel. (Wissenschaft und Bildung Bd. 31.) Geheftet Mk. 1.— in Originalleinenband Mk. 1.25. Verlag von Quelle & Meyer in Leipzig.

Tillmanns gibt uns hier auf Grund langjähriger Erfahrung einen kurzen Überblick über die chirurgische Wissenschaft und deren heutigen Stand. Wir lernen zunächst die modernsten Heilmethoden durch Röntgen- und Radiumstrahlen, die Anwendung des elektrischen Lichtes, der Sonnenstrahlen, der Elektrizität, der flüssigen Luft usw. kennen, wohnen sodann einer chirurgischen Operation bei, sehen deren Vorbereitung, Ausführung und Nachbehandlung, und beobachten die Wirkung der Narkose sowie anderer Schmerzbetäubungsmittel. Den wichtigsten Infektionskrankheiten ist ein weiterer Abschnitt gewidmet. Wundfieber, Entzündungen, Eiterungen, Rose, Blutvergiftungen usw. werden behandelt. Von besonderem Interesse dürfte für jedermann das folgende Kapitel sein, das eine Anleitung zur ersten Hilfe bei Unglücksfällen gibt: Wiederbelebung bei Ohnmacht, Hitzschlag, Sonnenstich, bei Erstickung, bei Ertrunkenen, bei Vergiftungen, bei Verwundungen und sonstigen Verletzungen durch Verbrennen oder Erfrieren, durch Biß tollwütiger Tiere, Insekten und Schlangen usw. Ein Exkurs über die moderne Kriegschirurgie beschließt diese Ausführungen, während ein letzter Abschnitt die Entstehung und Verhütung der wichtigsten Krankheiten bringt, insbesondere der Wachstumsstörungen, der Tuberkulose, Diphtherie, der Blinddarmentzündung und der Krebskrankheiten. Das mit vortrefflichen Abbildungen versehene Werk wird allen Kranken und Verletzten ein zuverlässiger Berater sein und überzeugend die Bedeutung einer sachgemäßen ärztlichen Behandlung dartun.

V. Aus der Praxis.

Die Behandlung von Dyspepsien mit Extract. Chin. Nanning. Von Richard Pick.

Der Extrakt bildet eine klare, weinrote, sehr bitter schmeckende Flüssigkeit, an welcher man Erwachsenen dreimal täglich 15—20 Tropfen (Kinder 5—10) eine halbe bis eine Stunde vor der Mahlzeit verabreicht. Dornblick bezeichnet es als „vortreffliches Präparat“. Thomella, Hirschkron, Toff haben ebenfalls die besten Erfahrungen damit gemacht. Pick selbst hat die verschiedensten Formen von Dyspepsie (bei subakuten und chronischen Magenerkrankungen, bei Chlorose, Tuberkulose, Rekonvaleszenz nach Quecksilberkuren) mit Extr. Nanning behandelt. P. hat selbst in Fällen von chronischen Magenkatarrhen, die viele Jahre alt waren, eine deutliche befriedigende Wirkung erzielt. Aber auch bei den anderen Formen erzielte er in allen Fällen den gewünschten Erfolg. Unangenehme Nebenwirkungen hat er nie beobachtet.

Bewährte Rezeptformeln.

2. Schmerzhafte Erektionen bei Gonorrhoe.

1. Rp. Extr. Opii 1·00
Camphor. trit. 6·0
Mucilag. Gummi arab.
q. s. ut f. pil. Nr. XXX

D. S. Abends zwei Pillen nehmen.

2. Rp. Glandularum Lupul. } aa 5·0
Sacch. albi }
M. f. pulv.
Div. in part. aeq. Nr. X.

D. S. Zwei- bis dreistündlich ein Pulver zu nehmen.

VI. Notizen.

Der vierte internationale Kongreß für Medizinische Elektrizitätslehre und Radiologie wird in Amsterdam vom 1. bis 5. September 1908 tagen. Das Programm enthält Themata aus der: Elektrophysiologie und Elektropathologie, Elektrodiagnostik und Elektrotherapie, Röntgendiagnostik und Röntgentherapie, dem Gebiete der verschiedenen Strahlungserscheinungen, Medizinischen Elektrotechnik.

Gelegentlich des Kongresses wird eine Ausstellung von Apparaten und Neuerungen für klinische und Laboratoriumzwecke, sowie wichtiger Röntgenogramme abgehalten werden. Der Kongreß und die Ausstellung werden in der Universität stattfinden. Jeder, der sich für die Entwicklung der elektro-biologischen und radiologischen Wissenschaften interessiert, kann dem Kongreß durch Subskription beitreten. Die Lösung der Mitgliedskarten beträgt 21 Mk. Wer dem Kongresse beizutreten wünscht, wird gebeten, den Subskriptionszettel sowie den Betrag der Subskription dem Schrift- oder Kassenführer Dr. J. G. Gohl und Dr. F. S. Meijers, Amsterdam, Vondelstraat 53 zuzuschicken. Die Kongreßsprachen sind Deutsch, Englisch und Französisch.

Die Hufelandische Gesellschaft zu Berlin hat als Aufgabe für den Alvarenga-Preis (800 Mk.) für das Jahr 1909 folgendes Thema gestellt: „Die innere und chirurgische Behandlung des chronischen Magengeschwürs und ihre Erfolge." Arbeiten, in zwei Exemplaren, sind bis zum 1. März 1909 an Herrn Professor Strauß, Berlin W. 50, Kurfürstendamm 239, mit einem Motto einzureichen. Das Motto soll gleichzeitig auf einem geschlossenen Briefumschlag stehen, welcher den Namen des Autors enthält. Die Bekanntmachung der Zuerteilung des Preises erfolgt am 14. Juli 1909.

Herders Konversations-Lexikon. Dritte Auflage. Reich illustriert durch Textabbildungen, Tafeln und Karten. 8 Bände geb. in Halbfranz zu Mk. 100.— = K 120.—, Freiburg i. Br. Herdersche Verlagshandlung. Schon vor Jahrzehnten legte der Umfang der großen Konversations-Lexika, die Ausführlichkeit vieler ihrer Artikel wie auch ihr Anschaffungspreis es nahe, Nachschlagbücher gleicher Art, aber auf die Handlichkeit weniger Bände beschränkt und zu einem leicht erschwinglichen Preise unter die auskunftsbedürftige Menge zu bringen. Diese Fassung der einzelnen Artikel fiel dann aber zwangsweise sehr verkürzt aus; auch mußte manches überhaupt ausgeschieden werden, was z. B. bloß für engere Kreise von Belang war. So bildete sich mit der Zeit das Bedürfnis nach einem Nachschlagewerk heraus, bei dem sich mittlerer Umfang und nicht zu hoher Anschaffungspreis mit stofflicher Vollständigkeit nicht nur der Zahl der Artikel nach, sondern auch mit bezug auf deren Ausführung im einzelnen vereinigten. Diesem Bedürfnis kommt Herders Konversationslexikon mit seinen acht Bänden entgegen. Mit der vornehmen Gediegenheit der äußeren Hülle stehen zunächst die übrigen, bei flüchtigem Blick in die Augen fallenden äußeren Vorzüge dieses Werkes in Einklang, an erster Stelle der Druck, der auf dem gemäß der Bedeutung und Bestimmung des Unternehmens angemessen gewählten Papier zu einer dem Auge angenehmen Geltung kommt. Dazu gesellen sich Kartenbeilagen, Abbildungen von Kunstwerken, technischen, naturwissenschaftlichen usw. Gegenständen, alle in schärfster, sauberster Ausführung und von einer nur immer wünschenswerten Reichhaltigkeit, teils in Volltafeln, teils in den Text eingereiht. Der Besitzer des ganzen Werkes kann einen geographischen, technischen, naturwissenschaftlichen, Kunst- usw. Atlas sein eigen nennen, der es für ihn im allgemeinen überflüssig macht, nach anderen einschlägigen Hilfsmitteln zu greifen. Die Beilagen im ersten Bande über ägyptische Kunst, altchristliche Kunst, Baukunst und Bildnerei des 19. Jahrhunderts usw. zeigen das Werk auf der Höhe der Zeit, nicht weniger die Karten und Pläne von Afrika, Australien, der Balkan-Halbinsel, Belgien und Holland, sowie der Reichshauptstadt Berlin. Zu diesen Beilagen gesellt sich vielfach noch ein ausführlicher erklärender Text, der ergänzend zu den Ausführungen bei dem betreffenden Stichwort hinzutritt. Außer den 11 Bildertafeln und 8 Karten, die teils in Farbendruck ausgeführt sind, weist der erste Band nicht



weniger als rund 400 erläuternde Abbildungen im Texte auf, nicht ohne Wahl, sondern gemäß sorgfältig überlegender Vorbereitung des Ganzen. Und in der Tat, eine Prüfung des Textes gibt zu erkennen, daß ein bis in das kleinste ausgearbeiteter Arbeitsplan zugrunde gelegt worden ist. Man erkennt diesen Plan auf jeder Seite in der gleichmäßig sicheren, konsequenten Verteilung des Stoffes, bei der jedem Stichworte gegeben ist, was ihm nach Verhältnis zukommt.

VII. Offene Stellen.

Stelle eines **Primararztes und Vorstandes der dermatologischen Abteilung** im bosnisch-herzegowinischen Landesspitale zu Serajewo (Bosnien) mit dem Range und den Bezügen der VIII. Diätenklasse der bosnisch-herzegowinischen Landesbeamten, d. i. dem Gehalte von 3600 K, einer Zulage von 1200 K, sowie einem Quartiergelde von 400 K. Die Landesregierung behält sich vor, eventuell auch eine Personalzulage bis zur Höhe der Bezüge der VII. Diätenklasse zu gewähren. Diese Personalzulage wird aber bei eventueller Vorrückung eingezogen und bleibt deren Verleihung einer besonderen Vereinbarung überlassen. Bewerber um diese Stelle haben ihr Gesuch mit den Belegen über Alter, Stand, den erlangten Doktorgrad, die zurückgelegten Fachstudien, speziell der in Betracht kommenden Disziplinen bis 20. März 1908 bei der bosnisch-herzegowinischen Landesregierung in Serajewo einzureichen. Außer dem Nachweise einer längeren Tätigkeit auf einer dermatologischen Klinik oder Abteilung sind auch solche über Ausbildung, auf anderen Gebieten der Medizin erwünscht. Die Bewerber sollen womöglich einer slawischen Sprache mächtig sein, sich aber jedenfalls verpflichten, die serbo-kroatische Sprache innerhalb eines Jahres sich anzueignen. Die Anstellung erfolgt vorläufig provisorisch und kann nach Ablauf eines Jahres definitiv werden, womit dann der Genuß sämtlicher Rechte von Landesbeamten verbunden ist. Gesuche von bereits im öffentlichen Dienste stehenden Bewerbern sind im Wege der vorgesetzten Behörde vorzulegen, die Gesuche selbst mit einem bosnischen 1 K-Stempel und jede Beilage mit einem bosnischen 20 h-Stempel zu versehen oder der betreffende Betrag in Barem beizuschließen.

In der heutigen Nummer unseres Blattes liegt ein Prospekt über „Eston“ von der Firma Fritz Friedlaender in Berlin bei, welchen wir der Beachtung unserer Leser empfehlen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 10. Wien, 7. März 1908. **Nr. 10.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13218) zu senden.

Die Dührssensche Uterovaginaltamponade.

Ein Beitrag zur Technik von **Dr. Sigmund Krausz,** prakt. Arzt in Baden bei Wien.

Die Zahl der Anhänger der Tamponade des Uterus bei starken atonischen Blutungen in der Nachgeburtsperiode, sowie bei Abortusblutungen wächst stetig. Leider braucht der Arzt bei der von Dührssen angegebenen Technik mindestens einen Assistenten. Wenn auch ein geschulter Assistent auf Kliniken stets leicht beschafft werden kann und auch in der Privatpraxis wenigstens bei Abortusblutungen bis zum 4., 5. Monate bis zur Ankunft eines zweiten Kollegen in der Regel zugewartet werden kann; der Arzt, der zu atonischen Blutungen post partum matur. gerufen wird, muß gleich einzugreifen in der Lage sein und ist hiebei auf die quoad Asepsis sehr fragliche Assistenz der Hebamme angewiesen.

Was die Technik der Tamponade anlangt, so wird sie von Dührssen folgendermaßen geschildert: Zunächst wird der Uterus mit zwei Kugelzangen fixiert, und zwar werden dieselben möglichst hoch an der vorderen Lippe eingesetzt. Mit einer langen Pinzette wird nunmehr das Ende des in den bekannten Dührssenschen Büchsen befindlichen sterilen Jodoformgazestreifens gefaßt und entweder unter Leitung des Auges, wenn sich der Muttermund bis in die Vulva hinunterziehen läßt, sonst unter Leitung des Fingers in das Uteruskavum vorgeschoben. Alsdann umfaßt die linke Hand den Fundus und es wird allmählich das ganze Uteruskavum mit Jodoformgaze ausgefüllt. Das letztere ist auffallend leicht, da der Uterus durch den auf seine Wand ausgeübten Reiz sich rasch und fest zusammenzieht und er auch später nicht erschlafft, wenn es ihm nicht gelingt, den Inhalt auszustoßen. In der Regel schließen sich kräftige Nachwehen an.

Es finden sich nun in der Literatur Stimmen genug, die sich gegen die Tamponade etwas reserviert verhalten. Fürs erste werden Fälle beschrieben, wo es auf dem Wege zwischen Dührssenscher Büchse und Uteruskavum zur Infektion der Gaze kam. So berichtet u. a. Burckhardt von einem Falle von Uterustamponade, der infolge Infektion der Gaze mit diarrhoischem Stuhle von einem fieberhaften Wochenbett gefolgt war.

Schwarzenbach beschreibt ein Puerperalfieber, das dadurch entstanden sei, daß die Jodoformgaze bei der Einführung mit einigen Tropfen ammoniakalisch zersetzten Urins in Berührung kam — die am nächsten Tage entfernte Jodoformgaze roch intensiv nach fauligem Urin. Schwarzenbach hat zur Vermeidung solcher Vorfälle ein eigenes Spekulum angegeben. Veit (Veit-Olshausens Lehrbuch) ist direkter Gegner der Tamponade. „Vor allem ist die Gefahr der Infektion nicht zu unterschätzen, weil man besonders in der Praxis nicht imstande ist, absolut steril vorzugehen. Von Chrobak liegt (1901 Wiener klin. Wochenschr. 1138) ein Bericht über 27 Fälle von Tamponaden vor. 12 Wochenbetten verliefen afebril, in 12 Fällen trat Fieber ein (einmal infolge Ulcera puerperalia, das anderemal nach manueller Plazentalösung vor der Tamponade, in den anderen 10 Fällen waren nur unbedeutende Temperatursteigerungen zu verzeichnen), dreimal trat der Tod ein, einmal an akuter Anämie, die durch die Blutung vor der Tamponade veranlaßt wurde, im zweiten Falle wurde wegen Durchblutung des Tampons die vaginale Totalexstirpation ohne Erfolg vorgenommen, im dritten erfolgte Verblutung infolge unrichtiger Technik der Tamponade.

Eine neue Therapie der Nachgeburtsblutungen hat Menge angegeben. (Über pathologische Nachgeburtsblutungen. Ärztlicher Bezirksverein zu Erlangen, 23. November 1906 und Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. (Münchener med. Wochenschr. 1906, Nr. 52.)

Es handelte sich ihm ursprünglich bloß um die Behandlung von Blutungen aus Zervix- und Vaginalrissen, doch soll diese Methode alle Blutstillungsmethoden, heiße und kalte Scheidenspülungen, sowie auch die Dührssensche Uterustamponade ersetzen.

Menge stopft die Vagina, speziell das Scheidengewölbe, mit langgeseilten sterilen Wattetampons fest aus. Menge behauptet, daß der Uterus darauf mit Kontraktionen reagiere. Zur Unterstützung dieser Wirkung soll noch von den Bauchdecken aus der Uterus in extreme Anteflexion gebracht und in dieser Lage durch über den Bauch gebundene Servietten oder Leintücher fixiert werden.

Wie ich einer über denselben Gegenstand vor kürzerer Zeit erschienenen Abhandlung (Die Dührssen-



sche Uterustamponade von Burckhardt in Würzburg. Sammlung klin. Vorträge [Serie XVI, Heft 13]) entnehme, hat im Jahre 1899 Bastian (Revue medicale de Suisse romain) ein ähnliches Verfahren vorgeschlagen. Burckhardt schreibt darüber: „Bastian hat nach Einführung eines Spekulums das Scheidengewölbe bis zum Introitus herab fest mit Jodoformgaze austamponiert. Dadurch soll es zu einer Elevation des Uteruskörpers kommen und der elevierte Uteruskörper soll seinerseits eine Kompression der arteriae uterinae bewirken. Im allgemeinen war bisher die Anwendung der isolierten Scheidentamponade bei atonischen Blutungen verpönt, indem man von der Anschauung ausging, daß durch dieses Verfahren keine Zusammenziehung des Uterus hervorgerufen werden, sondern daß nur dem Blute der Abfluß nach unten verschlossen werde. Man nahm an und hat dies auch des öfteren beobachtet, daß sich dann das Blut in die Uterushöhle hinein ergoß und die Frauen sich in ihre eigene Uterushöhle hinein verbluteten. In diesem Sinne haben wohl auch die meisten in ihren Vorlesungen, sowie im Hebammenunterricht sich ausgesprochen. Speziell für die Praxis der Hebammen dürfte die isolierte Tamponade eine gefährliche Maßregel sein, da sich dieselben dann meist auf ihre Wirkung allein verlassen werden und nicht mehr die nötige Kontrolle des Uteruskörpers auszuüben für nötig halten werden."

Es wäre die Empfehlung der bloßen Scheidentamponade für die Praxis wohl auch schon darum gefährlich, weil dann wohl in vielen Fällen die Hebammen es versuchen würden, selbst durch Scheidentamponade die Blutungen zu stillen, um der Partei den Arzt zu ersparen oder die Zeit bis zur Ankunft des Arztes hinzuziehen und sie würden mit ihren schmierigen Fingern in der Scheide herumwühlen, was sie ja so schon mehr als nötig tun, statt den Uterusfundus zu reiben, um Kontraktionen auszulösen.

Aber auch für den Arzt ist es gar nicht so leicht, die Vagina fest auszutamponieren. Wie oft kommt man in die Lage, bei Abortus eingreifen zu müssen, sei es im Spitale oder der Klinik oder auch in der freien Praxis, wo ein anderer Kollege vorher wegen der Blutung die Scheide nach seiner Versicherung „fest" mit Jodoformgaze austamponiert hat. Trotzdem blutet es weiter oder hat nach mehr oder minder langer Pause wieder zu bluten angefangen. Bei der Indigation findet man dann die Vagina weit und weich und irgendwo, gewöhnlich im hinteren Scheidengewölbe, den Tampon frei im Blute schwimmend. Wenn nun auch bei Abortus in der Regel keine Verblutungsgefahr besteht, so dürfte doch einer solchen Therapie bloß der Wert eines Solamen ut aliquid fieri videatur zugeschrieben werden können.

Über den Wert der Scheidentamponade bei puerperaler atonischer Blutung äußert sich Runge kurz und kräftig mit den Worten „grober Kunstfehler". Chrobak sagt: „Verblutung in die Gebärmutterhöhle, die häufige Folge der Tamponade der Scheide allein, ist oft genug beobachtet worden."

Burckhardt bringt in der oben erwähnten Abhandlung eine Statistik über 44 Fälle von Uterustamponade. Davon sind 33 Fälle bei ausgetragener Frucht, 8 bei vorzeitiger Geburt, 3 bei Nachblutungen im Wochenbett.

Die Zahl der Todesfälle der ersten Gruppe beträgt 7; 3 sind in derart ausgeblutetem Zustande in die Anstalt gebracht worden, daß ihr Tod der primären akuten Anämie zuzuschreiben ist.

Bei einem Todesfalle wurde die Sektion verweigert, so daß die Todesursache nicht festgestellt werden kann, beim fünften Falle ergab die Sektion, daß der Uterus in seiner ganzen Ausdehnung fest tamponiert, daß aber alle Tampons voll Blut gesogen waren. Ob hier nicht etwa doch eine fehlerhafte, das ist zu lockere Ausführung der Tamponade stattgefunden hat, läßt sich natürlich aus dem Berichte nicht entnehmen; ein Skeptiker könnte leicht auf den Gedanken verfallen, daß da erst die mit Blut vollgesogenen Tampons die (kontrahierte) Uterushöhle ausfüllten, die blutleeren Tampons eben zur Ausfüllung nicht genügten.

Von zwei Todesfällen wird direkt zugestanden, daß sie auf die fehlerhafte Technik der Tamponade zurückzuführen waren; die Sektion ergab in dem einen Falle, daß nur Scheide und unteres Uterinsegment tamponiert, die Uterushöhle dagegen leer war, im anderen Falle, daß das Corpus uteri von dem Tamponadematerial nicht fest ausgefüllt war.

Es muß also die Technik der Tamponade nach Dührssen doch nicht gar so einfach sein. Und wenn sich auf der Klinik Todesfälle infolge falscher Technik ereignen, auf der Klinik, wo dem Arzte Narkose, ausreichende, gut geschulte Assistenz, vorzügliche Beleuchtung des Operationsfeldes, abundant vorrätiges aseptisches Material geboten sind, wie sieht es dann mit den Resultaten in der Privatpraxis aus oder gar auf dem Lande, wo der Arzt neben Geburtshilfe und Gynäkologie noch 30 andere Spezialfächer beherrschen muß, der neben sich im günstigsten Falle eine stets septische Hebamme hat, wo die Beleuchtung schlecht ist und er das ganze Material bei sich in der Tasche herumtragen muß? (Forts. folgt.)

I. urologischer Kongreß in Wien.

(Schluß.)

Die ersten Versuche, die Harnröhre direkt zu besichtigen, stammen aus dem Beginne des 19. Jahrhunderts. Ein Arzt aus Frankfurt a. M. Bozzini, konstruierte einen Apparat zur Unterstützung von „Kanälen und Höhlen des menschlichen animalischen Körpers", welchen er Lichtleiter nannte. Der Apparat fand wenig praktische Beachtung.

Desormeaux legte im Jahre 1853 der Pariser Akademie ein neues Endoskop vor, welches ein gründlicheres Studium der Krankheiten der Harnröhre ermöglichte und wurde hiefür mit dem Argenteuilpreise ausgezeichnet. Modifikationen des Desormeauxschen Instrumentes wurden in England von Cruise, in Deutschland von Fürstenheim angegeben und dadurch der Methode eine weitere Verbreitung gesichert. Aus den vielfachen späteren Modifikationen, welche dieses Instrument noch erlebte, geht wohl mit Sicherheit hervor, daß die Resultate, welche mit dieser recht komplizierten Vorrichtung zu erreichen waren, keine besonders günstigen gewesen sein müssen. Es folgten dann einfachere Apparate, bei denen Lichtquelle, Reflektor und endoskopische Röhre nicht fest miteinander verbunden waren wie bei Desormeaux' Instrument und welche dadurch an Handlichkeit gewannen, wie das von Haken (1862, Dilatatorium mit Reflektor), von Crouriard, Reder, B. Fränkel u. a. In Wien hat sich Grünfeld um die einfache Methode der Endoskopie (Einführung eines am Okularende trichterförmig erweiterten Tubus in die Harnröhre und Benützung eines Reflektors zur Beleuchtung) große Verdienste erworben. Alle Versuche jedoch, durch diese verschiedenen endoskopischen Instrumente unter Anwendung des reflektorischen Lichtes Teile der Innenfläche der Blase oder ihres Inhaltes zur Anschauung zu bringen, müssen als höchst unvollkommen und ungenügend bezeichnet werden.

Im Jahre 1879 trat auf diesem Gebiete durch Nitzes geniale Erfindung ein plötzlicher Umschwung ein, der nicht nur für die Entwicklung der urologischen Diagnostik, sondern auch für die Ausbildung der ganzen klinischen Urologie von weittragendster Bedeutung war. Nitze demonstrierte am 9. Mai 1879 an dieser Stelle sein Zystoskop und wenn auch seine Versuche, einen brauchbaren Blasenspiegel zu konstruieren, schon mehrere Jahre früher in Dresden begonnen hatten, so stehe ich doch nicht an, Wien als die Geburtsstätte des Zystoskopes zu bezeichnen, nachdem hier unter Mitwirkung Leiters die ersten lebensfähigen Kinder zur Welt kamen.



Das Prinzip, auf welchem Nitzes Zystoskop beruht, ist allgemein bekannt: Einführung der Lichtquelle in die Blase und Kombination des Instrumentes mit einem optischen Apparate, welcher es ermöglicht, je nach der Entfernung des Prismas vom Objekte entweder ein Gesamtbild von größeren Abschnitten der Blase zu gewinnen oder die Details der Oberfläche mit größter Deutlichkeit und Genauigkeit zu sehen. An Nitzes Erfindung knüpfte sich ein ungeahnter Aufschwung der modernen Urologie; nicht nur daß alle pathologischen Veränderungen in der Blase in einer bis dahin ungeahnten Präzision zur Erkennung gelangten, auch der klinische Verlauf der Blasenkrankheiten in ihren verschiedenen Phasen konnte mit aller Sicherheit festgestellt werden. Dabei soll natürlich der großen Verdienste nicht vergessen werden, welche sich Thompson in London, Guyon in Paris und v. Dittel und Ultzmann in Wien durch ihre vortrefflichen klinischen Arbeiten auf dem Gebiete der Blasenkrankheiten erworben haben.

Was wir mit diesem Instrumente erreichen konnten, blieb aber nicht auf die Blase beschränkt. Bald gelang es, noch weiter über die Blase hinaus vorzudringen und in der Erkennung der Erkrankungen der Harnleiter, der Nierenbecken uud der Nieren verdanken wir Nitzes Zystoskop die wertvollsten Errungenschaften. Der einfachen Besichtigung des Blasenkavums folgte bald der Katheterismus der Ureteren. Die ersten unvollkommenen Versuche, dieses Problem zu lösen (ohne Benützung des Gesichtssinnes), stammen von Simon und Pawlik. Sie gewannen niemals eine praktische Bedeutung, da die Technik dieser Methoden ein schwieriges Kunststück war, welches auch deren Erfindern nicht immer gelang. Grünfeld entrierte zwar schon im Jahre 1876 mit Hilfe seiner endoskopischen Instrumente die Harnleitermündung, er befaßte sich aber weiter nicht mit der weiteren Verfolgung und Vervollkommnung dieses so wichtigen Eingriffes. Brenner konstruierte das erste Harnleiterzystoskop (demonstriert auf dem Chirurgenkongreß 1887 in Berlin), dann folgten Poirier und Boisseau du Rochet, wirklich brauchbar wurde aber die Methode erst, als man dem austretenden Ureterkatheter eine dem Verlaufe des Harnleiters entsprechende Krümmung geben konnte. Die ersten unvollkommenen Versuche in dieser Richtung machte Brown, der das Brennersche Zystoskop zu diesem Zwecke modifizierte. Erst Nitze aber fand die endgültige Lösung durch sein Ureterzystoskop, welches dann von anderen noch wesentlich verbessert wurde (Casper, Albarran u. a.).

Die Ausführung des Harnleiterkatheterismus wurde für das ganze Gebiet der Nierenerkrankungen, insbesondere aber für die einseitigen Prozesse, das Gebiet der Nierenchirurgie, von größter Tragweite. Die gesonderte Ableitung des Harnes von beiden Nieren führte zur sicheren Erkennung der erkrankten Seite und hieraus resultierte eine ganz beträchtliche Verbesserung der Erfolge chirurgischer Eingriffe.

Im Anschlusse an den Harnleiterkatheterismus entwickelte sich dann die sogenannte funktionelle Nierendiagnostik; die Einführung neuer Methoden, durch welche die Funktionstüchtigkeit einer Niere in bestimmter Weise erkannt werden soll, als es durch die chemisch-mikroskopische Untersuchung möglich ist. Hieher gehören die Methylenblauprobe (Kutner, Achard), die Bestimmung der 24stündigen Harnstoffmenge (Wölfler), die Feststellung des urotoxischen Koeffizienten (Bouchard), die Bestimmung der molekularen Konzentration des Urins und des Blutes durch Kryoskopie (v. Koranyi), die Phloridzinprobe (Casper und Richter), die Indigo-Karminprobe (Völcker und Joseph), der Verdünnungsversuch (Illyes und Kövesy), endlich die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit (Koeppe, Schäfer, Löwenhardt). Durch alle diese Methoden war man bestrebt, die Arbeitsleistung jeder Niere in exakter Weise festzustellen. Gerade auf diesem Gebiete aber gibt es noch manche strittige Punkte und die funktionelle Nierendiagnostik wird noch weiterer Beobachtung bedürfen.

Auch eine der größten physikalischen Entdeckungen unserer Zeit (die Röntgenstrahlen) wurde für die urologische Diagnostik dienstbar gemacht. Wenn auch für Steine und Fremdkörper in der Blase das Verfahren weniger herangezogen wird, nachdem hier dem Zystoskop die souveräne Rolle zufällt, hat die Radiologie für gewisse Nierenprozesse eine große Bedeutung gewonnen. Die Nierensteine geben auf der photographischen Platte im Röntgenlichte je nach ihrer Zusammensetzung einen mehr oder weniger deutlichen Schatten und so gelingt es nicht selten, Nierensteinchen von der Größe einer Erbse und noch darunter mit voller Deutlichkeit zu erkennen. Auch Steine im Ureter, sowie Mißbildungen und Lageanomalien des Harnleiters können nach Sondierung der Harnleiter durch einen Bleidraht mit Hilfe der Röntgendurchleuchtung erkannt werden (Kolischer, Tuffier).

So ist denn im Laufe der Zeiten an Stelle der einfachen Harnbeschau eine Reihe von komplizierten wissenschaftlichen Methoden getreten, auf deren Basis die großen Errungenschaften ruhen, denen unser Fach heute die allgemeine Anerkennung als selbständiger, wohlumgrenzter Spezialzweig der Medizin verdankt. In den mühevollen und schwierigen Arbeiten, die zum Ausbau unseres Spezialfaches notwendig waren, vereinigten sich Chirurgen, Internisten, Bakteriologen und Chemiker.

Vorwiegend hat sich freilich das Fach nach der chirurgischen Seite hin entwickelt und nicht mit Unrecht wird es heute als eine wesentlich chirurgische Disziplin bezeichnet. F. erwähnt vor allem die Aseptik beim Katheterismus, welche jetzt zu den unerläßlichen Postulaten in der Urologie gehört. Schon Pasteur und Traube haben die Sterilisierung der Katheter durch Auskochen zur Verhütung von Blaseninfektionen vorgeschlagen. Seit durch eine Reihe vortrefflicher Arbeiten klar geworden ist, daß jede Blasenentzündung infektiösen Charakter hat, muß dem Urologen schon bei den einfachsten endourethralen und endovesikalen Eingriffen die moderne chirurgische Schulung in der Antisepsis in Fleisch und Blut übergegangen sein.

Professor C. v. Noorden sprach in der folgenden Sitzung, welche unter dem Vorsitze des Präsidenten Regierungsrates v. Frisch stattfand, über Diagnostik und Therapie der gutartigen Albuminurien. Ihre Abgrenzung gegenüber den bösartigen Formen ist eine ebenso wichtige wie schwierige Aufgabe, die an den praktischen Arzt häufig herantritt. Mindestens ebenso wichtig wie eine Reihe diagnostischer Kriterien ist in der vorliegenden Frage die klinische Erfahrung. Sie lehrt, daß es eine ganze Reihe von Albuminurie gibt, die eine pessimistische Auffassung der Lage nicht rechtfertigen. Die Grenzen der harmlosen Albuminurie sind weiter zu stecken als gewöhnlich geschieht, und auch manche Albuminurien mit zweifellos anatomischen Nierenveränderungen sind einzuschließen. Professor v. Noorden wandte sich gegen den Schematismus, der sich jetzt in der Behandlung Nierenkranker breit macht (Verbot des dunklen Fleisches, der Eier, des Kochsalzes; Beschränkung auf Milch, Vegetabilien, Mineralwässer; heiße Bäder, Schwitzkasten, Wüstenklima, Muskelruhe) und der nur gar zu oft zu widersinnigen und die allgemeine Konstitution untergrabenden Verordnungen führt. Nur in gewissen Fällen der echten Nephritis darf sich die Therapie in den genannten Bahnen bewegen. Mit Demonstrationen anatomischer Präparate schloß der letzte Kongreßtag. Abends fand ein Empfang in den Prachträumen des Unterrichtsministeriums statt.

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Fortsetzung.)

Zur Photographie des menschlichen Augenhintergrundes. Von Dr. Hugo Wolff, Berlin.

Seine Methode der Photographie des menschlichen Augenhintergrundes knüpft an die Versuchsordnung seines reflex-



losen elektrischen Augenspiegels (1900) und die Theorie des sogenannten direkten umgekehrten Bildes an. Die in den Jahren 1903—1907 angestellten Versuche unterscheiden sich von anderen durch die völlig eigenartige Versuchsanordnung sowie dadurch, daß die Einstellung der Beleuchtung und der Bilderzeugung in der photographischen Platte fast ganz nach theoretischen Vorschriften bewirkt wird. Der Untersuchte braucht darauf nur dem Apparate genähert werden und den Beobachter sich fast lediglich von dem Vorhandensein des Bildes im Apparate überhaupt zu überzeugen.

Das Objektivbild (Köhlersche Linsen) der Lichtquellen (Bogenlampe des Zeißschen Projektionsapparates, 30 Ampère zirka 1200 Kerzenstärken) wird nach Art eines Fernrohres in der Brennebene eines orthoskopischen Okulars (Typus der Zeißschen Kompensationsokulare) entworfen und durch dieses vom untersuchten Auge mittels des Reflexspiegels scharf gesehen.

Die Spiegelneigung ist fest und beträgt 54° zur vertikalen Frontfläche des Apparates und 55° zur Okularbasis. Die Spiegelkante ist messerscharf und liegt vor der unteren Pupillenhälfte. Die Spiegel wurden anfangs aus gewöhnlichem Nickelinblech, später aus Brandes- und Schünemannschem Spiegelmetall hergestellt. Besondere Schwierigkeiten setzen der Photographie des menschlichen Augenhintergrundes die Lichtreflexe an der hinteren konkaven Linsenfläche. Die Lichtaustrittspupille muß 3 *mm* groß und 1 *mm* von der Augenachse entfernt und die Einfallsrichtung der Hauptachse des Beleuchtungskegels (Apertur 17 : 21 *mm*) der Augenachse parallel gerichtet sein. Dann wird das Bild dieser Lichtpupille weit nach oben neben die Kameraöffnung reflektiert. Hierin liegt die Lösung des Problems der reflexlosen Abbildung. Dies wurde von Bagneris (1889) und anderen übersehen. Die Größe des Beleuchtungsfeldes in der Netzhaut des untersuchten Auges beträgt zirka 10 *mm* Linear, das ist zirka 6 Pupillenbreiten.

Die Kameraöffnung war anfangs rund (3 *mm*), später halbmondförmig (3×5 *mm*), kann nach der Konstruktion zwecks gleichmäßiger Lichtintensität in den Bildpunkten halbmondförmig 2×4 *mm* groß sein, das ist gleich der partiellen Überlagerung sämtlicher Bildkegelquerschnitte in der Frontalebene des Apparates. Zentrierung des Beleuchtungsfeldes und Bildes zur Achse ist notwendig, da sonst das Bild gegen den Spiegelrand (Gesichtsfeldblende) dezentriert wird, ein die Leuchtkraft des Bildes stark schwächender Fehler, welcher ebenfalls von Bagneris und anderen (siehe oben) nicht beachtet wurde.

Als Abbildungsobjekt dienen die kleinen Rokoßokulare des Augenspiegels, mit denen man Augen aller Refraktionsgrade auf die Kameralänge von 50 *mm* = 20 Dioptr. einstellen kann. Etwaige Fokusdifferenzen können hiebei eine Ausziehbarkeit der Kamera von höchstens 2·5—5 *mm* bedingen. Die Linsen sind halbiert, dicht über dem Spiegelrande angebracht. Ihre Schleifkante beträgt, der Spiegelneigung entsprechend, 122—127° der Vertikalen.

Als Einstellupe bei Aufnahme fremder Augen ist ein Doppellinsensystem geeignet, in dessen vorderem Brennpunkte die Apertur der photographischen Kamera, in dessen hinterem Brennpunkte das Bild der letzteren liegt. Die beiden Konvexlinsen (à 20 Dioptr.) sind um ihre Brennweite voneinander entfernt. So wird das ganze Bild auf einmal übersehen. Die Expositionszeit betrug schätzungsweise weniger als $^1/_{30}$ Sekunde. Die Vergrößerung ist eine dreieinhalbfache durchschnittlich, die Bildgröße demnach 35 *mm*, das ist 5—7 Pupillenbreiten.

Seine Photographien sind Selbstaufnahmen seines eigenen rechten Augenhintergrundes ohne vorherige praktische Einstellung, lediglich gewonnen, indem er in den nach dargelegten theoretischen Vorschriften zusammengestellten Apparat hineinblickte und dann die Momentbelichtung in Tätigkeit setzte. Trotzdem wurden gute Momentbilder gewonnen, von denen einige sogar hohen, an die Bildschärfe zu stellenden Forderungen genügen. Die Bilder zeigen den Augenhintergrund in den verschiedensten Blickrichtungen. Die Originalaufnahmen sind 35 *mm* groß, bei dreieinhalbfacher Vergrößerung, die Reproduktionsvergrößerungen zeigen eine 10—12 fache, eine derselben eine 28 fache Gesamtvergrößerung des Augengrundes.

Über Beiträge zur Physiologie und Pathologie des chromaffinen Gewebes sprechen Heinrich Schur und Josef Wiesel. Den klinisch-experimentellen Teil hatte Schur. Im Mai 1907 haben die Vortragenden in der Gesellschaft der Ärzte in Wien die Mitteilung gemacht, daß das Serum von Nierenkranken die Ehrmannsche Adrenalinpupillenreaktion gibt, d. h. auf das ausgeschnittene Froschauge mydriatisch wirkt. Kurz darauf waren sie in der Lage festzustellen, daß sich im Nephritikerserum auch chemisch mittels der Eisenchloridreaktion Adrenalin nachweisen läßt, daß mithin die Reaktion mit Sicherheit auf Adrenalin bezogen werden muß. Schon damals konnten wir auch mitteilen, daß das Serum von Kaninchen nach doppelseitiger Nierenexstirpation adrenalinhaltig wird und mußten zu dem Schlusse gelangen, daß möglicherweise retinierte harnfähige Substanzen die Sekretion der Nebennieren anregen und daß in diesem Umstande der Befund bei den Nephritikern begründet wäre. Selbstverständlich waren Befund und Deutung noch ein Problem und wir wollen jetzt über die weiteren klinisch und experimentell erhobenen Tatsachen sowie über die anatomischen Befunde berichten, da sie hoffen, daß sie diese in der Erkenntnis der Funktion des chromaffinen Systems und seiner Bedeutung für die Pathologie weiter führen werden.

In klinischer Beziehung waren sie in der Lage, in einer großen Zahl von Einzeluntersuchungen festzustellen, daß das Serum von Kranken, die an Nierenaffektion litten, fast niemals mydriatische Wirkungen auf das Laubfroschauge zeigte. — (Ganz kleine schlitzförmige Erweiterung der Pupille dürfen nicht als positives Resultat angesehen werden; dagegen ist selbst bei geringer Erweiterung der Pupillen Abrundung der Ecken ein deutliches Zeichen von Adrenalinwirkung.) — Eine Ausnahme bildet der positive Adrenalinbefund im Serum eines Tetanuskranken und in dem einer Patientin mit eklamptischen Anfällen. Auf beide wollen wir später nochmals zurückkommen. Bei der Eklampsie wäre renale Mitwirkung nicht ausgeschlossen.

Von den Nierenkranken hatte ein großer Teil positiven Befund. Speziell ergaben die Fälle von Schrumpfniere mit hohem Blutdrucke (oft bis 250 Gärtner) fast durchweg positiven Befund. Es hatten jedoch auch andere chronische Nephrosen, einmal ein Fall von Nephrolithiasis, nachweisbare Mengen Adrenalin im Blute. Ein sehr interessantes Resultat ergaben die Fälle von Pubertätsalbuminurie. Eine Massenuntersuchung in der Wiener Landwehr-Kadettenschule ergab, daß von zirka 500 Zöglingen im Alter von 16—18 Jahren 12 deutliche Albuminurie ohne jede sonstige Krankheitserscheinung aufwiesen. Der Blutdruck war bei allen diesen ganz wenig unter der Norm (80—100 Gärtner). Von diesen 12 Albuminurikern hatten 3 deutlich, einer zweifelhaft positiv wirkendes Serum, während von 9 Seren, die von Zöglingen ohne Albuminurie stammten, kein einziges auch nur andeutungsweise positiv wirkte.

Tierexperiment und klinische Untersuchung ergaben also einen unzweideutig sichergestellten ursächlichen Zusammenhang zwischen Nierenaffektion und Adrenalingehalt des Blutes. Beweisend für einen solchen sind weder die Fälle von klinischer, noch die von experimenteller Nephritis, da bei diesen das die Nieren schädigende Agens auch selbst die Sekretion des chromaffinen Systems anregen, ja, was vielleicht bei einzelnen arteriosklerotischen Nephrosen wirklich der Fall sein mag, die Reizung des chromaffinen Systems die Nierenaffektion erst sekundär erzeugen konnte. Dagegen muß der positive Adrenalinnachweis beim entnierten Tiere und noch mehr der positive Befund beim einseitig partiell nephrektomierten Hund als sicherer Beweis eines Zusammenhanges zwischen Nierenfunktion und Funktion des chromaffinen Gewebes gelten. Freilich kann der Zusammenhang nicht in der vermuteten



einfachen Art festgehalten werden, als ob bloß die retinierten harnfähigen Substanzen die Adrenalinsekretion anregen würden, da bei dem partiell nephrektomierten Tiere von einer Retention ebensowenig gesprochen werden kann, wie bei den Fällen von Pubertätsalbuminurie. Die Art des Zusammenhanges ist vorderhand nicht klarzustellen.

Etwas auffallend erscheint es, daß trotz Vorhandenseins von Adrenalin im Blute in den meisten der beobachteten Fälle keine Glykosurie auftrat. Es mag sein, daß die langsame kontinuierliche Ausschwemmung des Adrenalins die Glykosurie nicht so leicht erzeugt. Doch möchten wir darauf aufmerksam machen, daß die drei verwendeten Nierengifte bekanntlich meist Glykosurie hervorrufen und auch in einem Teile unserer Versuchstiere hervorgerufen haben. Es erscheint uns sehr wahrscheinlich, daß diese Glykosurie auf das chromaffine Gewebe zu beziehen sei.

Alle bis jetzt angeführten klinischen und experimentellen Untersuchungen galten der Frage des Zusammenhanges der Nierenfunktion und der Funktion des chromaffinen Gewebes. Einer ganz anderen Idee diente eine zweite Versuchsreihe. Neben der blutdrucksteigernden Wirkung des Adrenalins kennen wir seit Blum auch die Glykosurie erzeugende. Durch die Arbeiten zahlreicher Nachuntersucher wurde einesteils die Beobachtung Blums vollkommen sichergestellt, andererseits die Genese der Glykosurie dahin aufgeklärt, daß Adrenalinzufuhr die Glykogendepots in der Leber und in den Muskeln zum Schwinden bringt und dadurch Hyperglykämie und Glykosurie hervorruft. Da durch die Arbeiten von Cybulski, Ehrmann, Zuelzer und jetzt von uns nachgewiesen wurde, daß Adrenalin intra vitam ins Blut sezerniert wird, so lag die Vermutung nahe, daß vielleicht die bei der Muskelarbeit beobachtete Mobilisierung des Leber- und Muskelglykogens mit Hilfe des Adrenalins als Hormon im Sinne Starlings erfolge. Muskeltätigkeit müßte dann dieser Idee zufolge die Adrenalinsekretion anregen, damit die Muskeln genügende Mengen Kohlehydrat zur Funktionsleistung erhielten. Um diese Frage aufzuklären, ließen wir Hunde stundenlang in einem Tretwerke laufen und untersuchten das Blut vor, während und nach dem Laufen und konnten sowohl mit Hilfe der Ehrmannschen Reaktion als auch durch chemischen Nachweis mit voller Sicherheit konstatieren, daß das Blut während des Laufens adrenalinhaltig wird. Nach längerem (sechs- bis siebenstündigem) Laufen kann der Adrenalingehalt des Blutes wieder schwinden. Bei häufigerem (täglichem) Laufen scheint die Adrenalinausschwemmung immer leichter vor sich zu gehen und das Laufen länger zu überdauern. Das Blut wird nach mehreren Versuchen auch durch eine zwölfstündige Ruhe nicht mehr vollkommen adrenalinfrei, während im Beginne der Versuchsreihe fünf bis sechs Stunden nach anstrengendem Laufen im Blute kein Adrenalin mehr zu finden ist. Der Ausfall des Experimentes entsprach also der Vermutung. Doch wollen wir nicht behaupten, daß damit die angegebene Funktion des chromaffinen Systems bei der Muskelarbeit bewiesen wäre. Die Wahrscheinlichkeit aber, daß die vorgetragene Ansicht die richtige ist, ist außerordentlich groß.

Ein Zusammenhang zwischen Muskelarbeit und Tätigkeit des chromaffinen Systems ist durch ihre Versuche mit Sicherheit nachgewiesen.

Vom Adrenalin kennen wir zurzeit im wesentlichen zwei Wirkungen. Erstens die Wirkung auf die glatten Muskeln überhaupt und speziell die blutdrucksteigernde Wirkung, zweitens die Erzeugung der Glykosurie. Bei ihrer ersten Mitteilung war vor allem die blutdrucksteigernde Wirkung das Richtunggebende. Ihre weiteren Untersuchungen haben ihnen jedoch nur wenig Anhaltspunkte geliefert, durch die sie die blutdruckregulierende Wirkung des chromaffinen Systems hätten erweisen können. Richtig ist, daß bei Schrumpfnieren mit hohem Blutdrucke fast regelmäßig Adrenalinämie zu konstatieren ist. Sie fanden jedoch einesteils Fälle mit hohem Blutdrucke (200 Gärtner) ohne Adrenalingehalt, andererseits waren in den Fällen von Pubertätsalbuminurie mit Adrenalinämie, wie oben bemerkt, annähernd normaler, eher etwas zu niederer Blutdruck zu konstatieren. Ebenso wenig gelang es ihnen, wie vorher schon Ehrmann, durch blutdrucksenkende Mittel Hypersekretion des chromaffinen Systems zu erzielen. Die blutdruckregulierende Funktion des chromaffinen Systems erschien ihnen nach diesen Erfahrungen ziemlich problematisch. Dessenungeachtet haben sie beim müde gelaufenen Hunde den Blutdruck bestimmt, um zu eruieren, ob eine genügende Veränderung des Blutdruckes nachzuweisen wäre, die mit einigem Rechte der Erregung der Adrenalinsekretion hätte beschuldigt werden können. Die Blutdrucksenkung des total erschöpften Tieres war eine so geringfügige, daß eine blutdruckregulatorische Erregung des chromaffinen Systems nicht gut angenommen werden konnte. Alle diese Gründe drängen sie zu der Ansicht, daß es die Wirkung auf die Kohlehydratdepots ist, die bei der Muskelarbeit vom Adrenalin beansprucht wird.

Trotz Adrenalinämie fanden sie auch bei den Laufversuchen niemals Zucker im Harne. Der Grund ist bei diesen Versuchen offenbar die Glykogenarmut des Organismus.

Der oben erwähnte positive Befund bei Tetanus findet vielleicht in den Laufversuchen seine Erklärung. Sie möchten nicht anstehen, vermutungsweise die starke Muskeltätigkeit bei Tetanus für die Adrenalinämie verantwortlich zu machen. Ebenso wäre vielleicht der positive Befund bei Eklampsie auf die Krämpfe zu beziehen.

Versuche, die Sch. in Analogie der Laufversuche an sich angestellt habe — Bergpartien — ergaben ein negatives Resultat. Freilich war die Anstrengung nicht gar zu groß, jedenfalls mit der total erschöpften Muskeltätigkeit des Hundes nicht zu vergleichen.

Interessant erscheinen die Muskelversuche auch in Beziehung zum Addison, weil die bei dieser Krankheit zu beobachtende Adynamie jetzt leicht auf die von Wiesel nachgewiesenen degenerativen Prozesse im chromaffinen System bezogen werden kann.

Es gibt also Nierenaffektionen, die die Funktion des chromaffinen Systems beeinflussen. Durch Muskeltätigkeit wird das chromaffine System zur Sekretion gereizt. (Schluß folgt.)

II. Referate.

Die Serodiagnose bei Syphilis. Von Privatdozent Doktor E. Küster, Freiburg i. Br.

Die Erforschung der Syphilis ist durch die Entdeckung der Spirochaeta pallida durch Schaudinn und Hoffmann in ein neues Stadium eingetreten; von allen Seiten wurde energisch gearbeitet und unser Wissen über das Wesen der Syphilis bedeutend gefördert; heute steht bei weitem die Mehrzahl der Autoren auf dem Standpunkte, daß die Syphilis durch die „Pallida" bedingt wird, wenngleich dabei noch manches dunkel und unaufgeklärt bleibt — aber wie dem auch sei, bei dem zurzeit praktisch wichtigsten Ergebnisse der Syphilisstudien — der serologischen Syphilisdiagnose — hat die Schaudinnsche Entdeckung nur den äußeren Anlaß gegeben, die Untersuchungen selbst sind ganz unabhängig von der ätiologischen Untersuchung der Sp. pallida durchgeführt, ihr Wert oder Unwert bleibt auch ohne dieselbe bestehen.

Für das Verständnis der serologischen Syphilisdiagnose, wie sie heute geübt wird, ist folgendes zu beachten. Spritzt man einem Kaninchen unter den nötigen Kautelen wiederholt in bestimmten Zeiträumen Hammelblutkörperchen in die Blutbahn, so bildet das Kaninchen in seinem Blutserum einen Stoff, Hämolysin genannt, der imstande ist, im Reagenzglase Hammelblutkörperchen, welche in physiologischer Kochsalzlösung sich befinden, aufzulösen. Diese Blutauflösung kann man im Reagenzglase mit unbewaffnetem Auge erkennen, denn wenn in physiologischer Kochsalzauflösung aufgeschwemmte rote Hammelblutkörperchen durch ein Hämolysin aufgelöst werden, so geben die Blutkörperchen ihren roten Farbstoff ab, die Lösung wird lackfarben und bleibt dauernd

rot, während nicht gelöste, in Kochsalzlösung aufgeschwemmte Blutkörperchen mit dem in ihnen festgehaltenen roten Farbstoffe allmählich zu Boden sinken, wodurch die nur als Suspension rot erscheinende Lösung sich klärt und farblos wird.

Die Blutauflösung im erwähnten Reagenzglasversuche tritt nur ein, wenn das wirksame Kaninchenserum frisch ist, denn für das Zustandekommen ist neben dem Hämolysin ein leicht vergänglicher Stoff des normalen Blutserums notwendig, der schon bei Erhitzen auf 56°, aber auch bei längerem Stehenlassen zerfällt. Diesen empfindlichen Körper, den wir chemisch nicht kennen und den wir nur aus seinem biologischen Verhalten diagnostizieren, nennen wir Komplement. Jeder Vorgang bei dem Versuche mit der Blutkörperchenaufschwemmung, welcher das Komplement vernichtet, hindert auch die Blutauflösung im Reagenzglase.

Wassermann und seine Mitarbeiter fanden nun, daß sich im Extrakte aus der Leber von syphilitischen Föten ein Körper befindet, welcher mit Stoffen, die bis jetzt nur in den Körpersäften von syphiliskranken Menschen nachgewiesen werden konnten, eine Verbindung eingeht. Findet die Verbindung dieser beiden Stoffe in Gegenwart von Komplement statt, so wird dabei das Komplement verbraucht, und eine Blutauflösung unter Mithilfe desselben kann nicht mehr stattfinden. Komplement ist, wie erwähnt, ein Bestandteil des normalen Blutserums der verschiedensten Tiere, und man kann ein durch Komplementvernichtung unwirksam gemachtes blutauflösendes Kaninchenserum dadurch wieder wirksam machen, daß z. B. frisches Meerschweinchenserum zugesetzt wird.

Zur serologischen Syphilisdiagnose bedarf man nur folgender Lösungen: 1. Kaninchenserum, welches die Eigenschaft hat, Hammelblutkörperchen aufzulösen; 2. Extrakt aus der Leber eines syphilitischen Fötus; 3. Hammelblutkörperchen in physiologischer Kochsalzlösung; 4. Serum des syphilisverdächtigen Menschen. Aus diesen Lösungen wird vorher das vorhandene natürliche Komplement entfernt, denn auf das Verhalten dieses Körpers kommt es bei der Reaktion besonders an, und er wird deshalb gesondert für sich durch Zusatz von frischem Meerschweinchenserum hinzugefügt. Man geht nun folgendermaßen vor: Bestimmte Mengen von a) Leberextrakt, b) Serum des syphilisverdächtigen Menschen und c) frisches Meerschweinchenserum werden zusammengegossen und bleiben einige Zeit stehen.

War das verdächtige Serum b) von einem Syphilitiker, so sind die obenerwähnten Stoffe vorhanden, welche mit Bestandteilen des Leberextraktes a) Verbindungen eingehen und dabei das Komplement des Meerschweinchenserums verbrauchen; bringe ich jetzt Hammelblutkörperchen und komplementfreies hämolytisches Kaninchenserum hinzu, so kann das Kaninchenserum die Hammelblutkörperchen nicht auflösen, denn dazu ist ja Komplement notwendig; die Blutkörperchen bleiben unaufgelöst, sinken zu Boden, die Lösung bleibt klar = Reaktion positiv. War das Serum b) von einem nichtsyphilitischen Menschen, so tritt keine Verbindung mit dem Leberextrakte a) ein; infolgedessen bleibt das Komplement des Meerschweinchenserums erhalten, und bringt man jetzt Hammelblutkörperchen und komplementfreies hämolysinhaltiges Kaninchenserum in die Lösung, so wirkt das Kaninchenserum in Gemeinschaft mit dem erhaltenen Komplement auflösend auf die Blutkörperchen, die ganze Lösung wird lackfarben, rot, klärt sich also nicht = Reaktion negativ.

Die serologische Syphilisdiagnose ist demnach schon in ihrer einfachen Ausführung mit einwandsfreien Materialien außerordentlich kompliziert; dazu kommt noch, daß die einzelnen zur Reaktion nötigen Stoffe durchaus nicht leicht zu gewinnen sind und einer ständigen, sorgfältigen Kontrolle bedürfen, damit keine Täuschungen unterlaufen. Die Untersuchung kann deswegen nur von Fachleuten in gut eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden. Bisher sind in einwandsfreier Weise eine große Reihe serologischer Syphilisdiagnosen (etwa 1500) vorgenommen worden, mit dem gleichlautenden Resultate, daß es in ungefähr 85% gelingt, bei Syphilitikern der verschiedensten Stadien eine positive Reaktion zu erhalten, während bisher noch in keinem einzigen Falle von Nichtsyphilis des Menschen eine positive Reaktion erzielt wurde. An kritischen gegnerischen Nachuntersuchungen fehlt es natürlich auch nicht, aber diese haben bis jetzt, so weit sich überschauen läßt, nur zu Meinungsverschiedenheiten bez. der Deutung der Reaktion geführt, ohne den praktischen Wert derselben in Frage zu stellen. (Therap. Rundschau Nr. 4, 1907.)

*

Die Zuckerkrankheit bei Eheleuten (Diabetes conjugalis) und ihre Übertragbarkeit. Von Prof. H. Senator, Berlin.

Daß die Zuckerkrankheit übertragbar (durch Ansteckung) sein könnte, und daß insbesondere ihr Auftreten bei Ehegatten hierauf zurückzuführen wäre, hat F. Betz (1872) ausgesprochen, allerdings bei einem im ganzen recht geringen Beobachtungsmaterial, nach ihm R. Schmitz (1890), der bei nicht weniger als 26 Ehepaaren den Diabetes beobachtet hatte, zum Teil unter sehr merkwürdigen Verhältnissen. Freilich verfügte er über die stattliche Zahl von 2320 Diabetikern, und dieser gegenüber erscheint die Zahl der kranken Ehepaare doch recht klein, denn ihr Verhältnis zur Gesamtsumme beträgt doch nur 1·1%. Fast genau dasselbe Verhältnis fand sich in allen späteren Zusammenstellungen, sofern sie nicht zu kleine Zahlen umfassen. So haben Oppler und Külz (1896) unter 900 Diabetikern eigener Beobachtung 10 und unter 1169 von anderen mitgeteilten Fällen 11 diabetische Ehepaare gefunden, also bezw. 1·1 und 0·04%. Senator hat fast gleichzeitig vor 11 Jahren eine Statistik mitgeteilt, wonach unter 770 Diabetikern 9 Ehepare waren = 1·2%. F. Hirschfeld (1902) fand unter 300 Diabetikern 3 Ehepaare, also 1·0% und Naunyn unter 775 verwertbaren Fällen 8 = 1·3%. Endlich Boisumeau, der die bis jetzt größte Zusammenstellung aus der Literatur gemacht hat, findet unter 5159 Fällen 56 Ehepaare, also 1·8%, genau so viel, wie v. Noorden bei seiner etwa 2000 betragenden Zahl von Diabetikern gefunden hat.

Demnach wird man im großen und ganzen eine Prozentzahl, die sich um 1·0 herum bewegt und 1·5 knapp erreicht, als zutreffend anzusehen haben, wenn es sich darum handelt, festzustellen, wie häufig die Zuckerkrankheit der Eheleute ist im Verhältnis zur Gesamtheit aller Zuckerkranken, und man würde wohl aus einer so niedrigen Ziffer nicht auf eine Übertragbarkeit der Krankheit schließen dürfen, wenn diese bisher allein geübte Art der Berechnung nicht verfehlt wäre und für die vorliegende Frage gar nichts zu schließen erlaubte.

So ist es aber in der Tat. Vor allem ist, worauf H. Leo (1900) mit Recht hingewiesen hat, die Fragestellung falsch gewesen. Denn zur richtigen Beurteilung der Frage von der Übertragbarkeit der Krankheit dürfen nicht verheiratete und unverheiratete Diabetiker zusammengeworfen werden, sondern ist festzustellen, wie viel Ehepaare unter den verheirateten Diabetikern zuckerkrank sind.

Senator hat erst in den letzten 6—7 Jahren, veranlaßt durch die erwähnte Bemerkung Leos, dahin seine Aufmerksamkeit gewandt.

Eine besondere Schwierigkeit machte die Frage, wie es mit der Zählung verwitweter oder geschiedener Gatten zu halten wäre, und damit komme ich auf einen Punkt, welcher für die Beurteilung des ganzen uns beschäftigenden Gegenstandes von der größten Bedeutung ist, für dessen Entscheidung aber eine sichere Grundlage fehlt. Es ist dies die Frage, welcher Zeit der Einwirkung des einen Ehegatten auf den anderen es bedarf, bis die Übertragung der Zuckerkrankheit zustande kommt, d. h. wenn man an eine Übertragung durch Ansteckung denkt, nach der Dauer der Inkubation im Sinne des jetzt herrschenden Sprachgebrauchs. In der Tat dürfte eine andere Art der Übertragung, wenn auch immerhin denkbar, doch recht unwahrscheinlich sein, nämlich eine Übertragung auf psychischem Wege, durch Einwirkung auf das Nervensystem, dessen Einfluß auf die Zuckerkrankheit ja nicht zu bezweifeln ist.



Aber gleichviel! Wir wissen über die Inkubationsdauer des menschlichen Diabetes, vielleicht mit Ausnahme eines durch Trauma entstandenen, viel zu wenig. Die Erfahrungen über den bei Tieren künstlich zu erzeugenden Diabetes können hier natürlich nicht herangezogen werden.

Es liegt auf der Hand, wie sehr bedauerlich die Verwertung der Fälle von Ehediabetes für die Frage der Übertragung erschwert ist. Denn da alle diejenigen Fälle, in denen das eheliche Leben kürzere Zeit gedauert hat, als zur etwaigen Übertragung notwendig wäre, ausscheiden müßten, diese Zeit aber nicht bekannt ist, so fehlt natürlich jede sichere Grundlage für die Zählung.

Senator hat zur Beurteilung dieser Frage folgende Zahlen zusammengestellt:

1. Die Summe aller nachweisbar verheirateten Diabetiker und der darunter befindlichen diabetischen Ehepaare ohne Rücksicht auf die Zeitdauer, welche zwischen den beiderseitigen Erkrankungen lag, d. h. ohne Rücksicht auf eine etwaige Inkubation. Nur verwitwete oder geschiedene Patienten sind fortgelassen, denn diese wären nur in dem Fall zu berücksichtigen gewesen, wenn seit der Trennung der Ehe (durch Tod oder Scheidung) bis zum Ausbruch des Diabetes weniger als 6 Monate vergangen wären.

Er fand nun unter 516 Ehepaaren, bei denen der eine Gatte an Diabetes litt, war der andere auch zuckerkrank in 22 Fällen. Hievon sind ohne weiteres abzuziehen drei Ehepaare, bei denen angeblich Mann und Frau zu gleicher Zeit oder ganz kurze Zeit nacheinander infolge heftiger Gemütsbewegung (Tod oder Verunglückung eines Kindes) erkrankten, wo also von einer Übertragung nicht wohl die Rede sein kann. Es bleiben demnach unter 516 Ehepaaren 19 diabetische, d. i. 3·7 %. Die Dauer der Ehe bei den 19 diabetischen Ehepaaren lag zwischen 23 und 42 Jahren, die Zwischenzeit zwischen der Erkrankung beider Gatten betrug von 1 bis $15^3/_4$ Jahre.

2. Die Zahl der Ehepaare nach Abzug derjenigen, bei welchen die Ehe überhaupt weniger als 6 Monate gedauert hat oder getrennt wurde, bevor seit der Erkrankung des einen Gatten sechs Monate vergangen waren, oder endlich, wo in dieser Beziehung nichts ermittelt war. Solche fanden sich im ganzen 28, die von jener Gesamtsumme (516) abzuziehen sind. Es bleiben 488 mit 19 diabetischen Ehepaaren = 3·9 %.

Endlich 3. Die gleiche Berechnung nur unter der Annahme, daß die Inkubationsdauer ein volles Jahr (statt sechs Monate) betrage. Alsdann sind hier 74 Ehepaare abzuziehen, und es bleiben 442 mit 19 diabetischen Ehepaaren, d. i. 4·3 %. Selbst diese letzte Verhältniszahl, welche sicher zu groß und unter Voraussetzungen herausgerechnet ist, die der Annahme einer Übertragung möglichst günstig sind, erscheint ihn immer noch zu klein, um diese Annahme zu stützen. Dazu kommt, daß in einem Teile der 19 diabetischen Ehepaare sicher hereditäre Belastung vorlag, sei es beider Ehegatten, sei es nur des später erkrankten.

Da also infolge der hereditären Belastung für die betreffenden Personen immer eine gewisse Gefahr bestand, die Zuckerkrankheit zu bekommen, auch wenn sie nicht mit einem Diabetiker verheiratet gewesen wären, so wird der Wert dieser Fälle für die Berechnung abgeschwächt. Sie ganz von der Berechnung auszuschließen, ist natürlich nicht angängig, da ja nicht jeder Disponierte erkrankt und die Ehe immerhin für den wirklichen Ausbruch der Krankheit verantwortlich gemacht werden könnte. Wieder ein Beweis, wie schwierig die zahlenmäßige Beantwortung der uns beschäftigenden Frage sich gestaltet.

Jedenfalls würde durch diese letzteren drei Fälle die Verhältniszahl etwas vermindert. Aber auch ohnedies ist sie, wie gesagt nicht groß genug, um eine Übertragung des Diabetes von einem Menschen auf den anderen sehr wahrscheinlich zu machen, und ich würde vorderhand die Frage nach der Ansteckungsfähigkeit des Diabetes für erledigt halten und verneinend beantworten, wenn nicht erstens einzelne sehr merkwürdige Beobachtungen über das Auftreten der Krankheit in kleineren Kreisen immer wieder den Gedanken an eine Übertragung aufdrängten und zweitens einzelne Angaben über gelungene Übertragung von Diabetes auf Tiere vorlägen.

Von jenen Beobachtungen über das Auftreten der Zuckerkrankheit bei nicht blutsverwandten Personen, die in einem mehr oder weniger engen Verkehr miteinander gestanden haben, führt S. folgende von B. Teissier beschriebenen Fälle an:

Eine 62jährige Wäscherin erkrankte an Diabetes, nachdem sie sechs Monate lang die Wäsche eines schweren Diabetikers und die seiner zuckerkranken Enkelin gereinigt hatte. Ferner:

Ein Gichtkranker, dessen Mutter an Diabetes gestorben war, erkrankte infolge großer Sorgen an Glykosurie. Nach Verlauf von sechs Monaten erkrankte seine ganz gesunde 60jährige Köchin, welche seine Taschentücher wusch, an Diabetes, und auch eine 50jährige Weißnäherin, welche seit zehn Jahren in dem Hause arbeitete und der Köchin half, wurde ein Jahr nach der Erkrankung jenes Herrn krank und zeigte eine intermittierende Glykosurie. Teissier erwähnt noch kurz den Fall eines Kutschers, der als Diabetiker erkannt wird, kurz nachdem bei seinem Herrn, dem er bei Tisch aufwartet, ein Anthrax faciei mit Diabetes entdeckt war, ferner den Fall eines Restaurateurs, der an der Tafel seiner diabetischen Schwiegermutter speist und nach sechs Monaten diabetisch wird.

Ähnliche Fälle haben Külz, Naunyn beobachtet.

Aber wie auffallend solche Beobachtungen auch sein mögen, so bilden sie doch durchaus keinen Beweis für die Übertragbarkeit des Diabetes von Person auf Person, denn sie lassen sich auch in anderer Weise erklären.

In manchen Fällen ist die Krankheit gelegentlich erst entdeckt worden, als man den Urin beim Auftreten schwerer Erscheinungen eines anderen Diabetikers in der Umgebung untersuchte. Sie konnte also latent schon bestanden haben, ehe die beiden Patienten miteinander in Verkehr traten oder es konnte die Krankheit bei einer bestehenden Disposition der einen Person zum Ausbruch gekommen sein infolge starker seelischer Erschütterung, als bei dem anderen nahestehenden Diabetiker eine Katastrophe (Koma, Gangrän und Operation) eintrat. Endlich (und diese Erklärung ist fast allgemein angenommen worden) könnten die gleichen ursächlichen Bedingungen, die in den gleichen Lebensverhältnissen eng miteinander verkehrender Personen gelegen sind, die Schuld an dem Zusammentreffen der Fälle tragen.

Auch auf experimentellem Wege ist die Frage der Übertragbarkeit in Angriff genommen worden (Freund, Töpfer, Leo, Senator).

Die klinischen Beobachtungen sprechen, wenn man nur die nackten Zahlen berücksichtigt, nicht gerade für eine Übertragung der Zuckerkrankheit, wenn man aber die Fälle nicht nur zählt, sondern wägt, so legen manche doch den Gedanken einer Übertragung durch Ansteckung recht nahe. Da zweifellos die unter Diabetes mellitus zusammengefaßten Fälle ihrer Ursache und ihrem Wesen nach sehr verschieden sind, so wäre es wohl möglich, daß die Übertragbarkeit nur ganz bestimmten Formen zukommt. An Wegen für die Übertragung des vermuteten Ansteckungsstoffes würde es nicht fehlen. Es können in Betracht kommen die Übertragung durch den eigentlichen Geschlechtsakt, durch Küssen, sowie durch Hantierung mit Wäsche, welche mit Harn, Kot, Speichel, Nasen-, Luftröhrensekret u. dgl. verunreinigt ist. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4, 1908.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 14. Februar 1908.

Arthur Foges zeigt anatomische Präparate, deren Befunde zeigen, daß sich die Keimdrüsen auf die Dauer nicht in die Milz implantieren lassen, während dies bei den Drüsen



mit innerer Sekretion — im engeren Sinne — speziell bei der Schilddrüse nach den bisherigen Berichten möglich erscheint.

Alois Kreidl bemerkt, daß er bezüglich der in die Milz implantierten Nebenniere ebenfalls die Erfahrung gemacht habe, daß dieselbe nach längerer Zeit am Orte der Einpflanzung zugrunde gehe. Auf seine Veranlassung hat auch Schioda (Tokio) Stücke der Nebenniere eines Tieres in die Milz oder Niere desselben Tieres eingepflanzt und nach verschieden langer Zeit das physiologische und histologische Verhalten der implantierten Teile geprüft. Es ergab sich das bemerkenswerte Resultat, daß bereits am dritten Tage nach der Implantation die verpflanzten Nebennieren kein Adrenalin mehr enthielten, während das mikroskopische Aussehen derselben von normalen — wenigstens bis zum siebenten Tage nach der Implantation — in keinerlei Weise abwich.

Ludwig Moszkowicz erwähnt, daß die Schilddrüse sich bei der Transplantation in die Milz anders zu verhalten scheine als Hoden, Ovarien und Nebennieren. Er habe in einem Falle von Myxödem bei einem sechsjährigen Kinde den Versuch gemacht, ein Stück einer Struma parenchymatosa, das bei einer Kropfoperation gewonnen wurde, in die Tibia einzuheilen. Es sind jetzt zwei Monate seit der Operation vergangen. Das Kind ist viel lebhafter und hat einen intelligenteren Gesichtsausdruck.

Sam. Bondi macht Mitteilungen über die Chemie der gallensauren Salze und der Gallensteinbildung. Nur frische Ochsengalle gibt eine gute Ausbeute an Gallensäuren. Auf Grund dieser Beobachtung untersuchte er den Einfluß der Fäulnis, resp. des Bakterienwachstumes auf Gallenbestandteile. Frische Nährbouillon, mit relativ sehr wenig Gallensalzlösung — z. B. 1 *cm*³ 1%iger Lösung von glykocholsaurem Natron — versetzt, gibt starke Pettenkofersche Reaktion. Falls nun Bakterien Gallensalze zersetzen, muß in sonst gleichen, aber geimpften Proben die Gallenreaktion verschwinden. S. fand nun tatsächlich, daß in so zusammengesetzten Kulturflüssigkeiten nach längerem Bakterienwachstume (Bacterium coli) die Pettenkofersche Reaktion verschwindet, im Gegensatze zu den sterilen Kontrollproben.

Otto Zuckerkandl zeigt das Präparat eines etwa gänseeigroßen intramuralen Myoms der Harnblasenwand. Die Myome gehören zu den seltensten Geschwulstformen der Harnblase.

Otto v. Frisch stellt einen Patienten vor, der beim Ausschirren eines Pferdes einen heftigen Hufschlag gegen den Bauch erhalten hatte. Das Bestehen einer inneren Verletzung wurde auf Grund des Allgemeinbefundes (Bauchdeckenspannung und Puls) angenommen, obwohl die äußere Bauchhaut ganz intakt, der Urin klar war. Die Operation ergab tatsächlich eine 1 *cm* lange lineare Perforationsöffnung einer Dünndarmschlinge, aus der flüssiger Stuhl quoll. In dem der Schlinge angehörenden Mesenterium befand sich ein faustgroßes rundes Loch. Der Fall illustriert, wie wichtig es ist, in solchen Fällen auf Bauchdeckenspannung und Puls zu achten.

Jos. Wiesel und Heinr. Schur: Das Verhalten des chromaffinen Gewebes bei Narkose. Die Vortragenden haben Kaninchen durch $^1/_2$ bis 5 Stunden der Äther-Chloroform-Narkose ausgesetzt und das Verhalten des chromaffinen Gewebes dabei untersucht. Bei einer Narkose in der Dauer von $^3/_4$ bis 1 Stunde zeigt sich histologisch eine Abnahme des chromaffinen Gewebes, diese Abnahme steigert sich mit der Dauer der Narkose, so daß nach fünfstündiger Narkose keine chromaffine Reaktion mehr stattfindet. Das Blutserum zeigt nur bei einer Narkose bis zur Dauer von $1^1/_2$ Stunden mydriatische Wirkung. Das Extrakt der Nebenniere eines eine Stunde lang narkotisierten Tieres hat blutdrucksteigernde Wirkung, nach drei- bis fünfstündiger Narkose ist diese nicht mehr nachzuweisen. Das Adrenalin wird während der Narkose aus den chromaffinen Zellen ins Blut bis zur vollständigen Erschöpfung des Depots ausgeschwemmt, doch erholen sich die Zellen, die als Depot dienen, im Verlaufe einiger Stunden nach der Narkose. Der plötzliche Narkosetod beim Status thymicus ist vielleicht auf Hypoplasie des chromaffinen Gewebes zurückzuführen.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

(Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.)

Sitzung vom 30. Jänner 1908.

Julius Bartel zeigt ein anatomisches Präparat von Plattenepithelkarzinom des Hypophysenganges. Bei der Obduktion fand sich an der Hirnbasis, im Bereiche des Circulus arteriosus Willisii, ein walnußgroßer, höckeriger, zum Teile zystischer Tumor mit stellenweise inkrustierter Oberfläche, welcher bis in den dritten Ventrikel reichte und mit der normal gelagerten Hypophysis zusammenhing. Die histologische Untersuchung ergab Plattenepithelkarzinom mit ausgedehnter Nekrose und Verkalkung nekrotischer Partien.

Ferner zeigt Bartel ein anatomisches Präparat von Lipom des Balkens. Bei einem 15jährigen tuberkulösen Mädchen fand sich im Gehirn ein bügelförmiges Lipom des Balkens und zwei kleine Lipome des Plexus chorioideus lateralis.

Albert Müller: Klinische Methode zur Bestimmung von Schlagvolumen und Herzarbeit. Müller zeigt, daß das Produkt aus arteriellem Zufluß v_1 und Widerstand w für jedes Kilogramm Körpergewicht konstant ist. ($v_1 w_1 = v_2 w_2 = \ldots v_n w_n$). Die mittlere Durchblutung eines Kilogrammes ist bei p Kilogramm Körpergewicht V/p, wobei V das Schlagvolumen bedeutet. Der dazu gehörige mittlere Widerstand ist der pte Teil des Gesamtwiderstandes des mittleren Blutdruckes: $w_n = \frac{D}{p}$, also $v_1 w_1 = \frac{VD}{p^2}$, d. h., das Schlagvolumen ist zu berechnen, wenn arterieller Zufluß und Widerstand an einem Teile der Peripherie bekannt sind. Durch plötzlichen Abschluß der Zirkulation am Oberarme werden unterhalb der komprimierenden Manschette hydrostatische Verhältnisse hergestellt, der Druck in Arterie, Venen und Kapillaren gleicht sich aus, er kann gemessen werden und ist das Maß w_1. Dann wird der Arm in einen Plethysmographen gebracht, an dessen Abschluß sich eine zweite aufblasbare Manschette befindet, die unter einen Druck von zirka 50 *mm* Quecksilber gesetzt wird, einen Druck, welcher den arteriellen Zufluß nicht beeinträchtigt, den Venenabfluß aber hemmt, bis der Druck in den Venen diesen Gegendruck erreicht hat. Solange dies nicht der Fall ist, stellt die Volumkurve des Armes, die geschrieben wird, wenn — nach plötzlicher Lösung der die erste Binde abschließenden Klemme — das Blut einströmt, eine Kurve des arteriellen Zuflusses dar (v_1). Zur Grundlage der Berechnung wird die Höhe des zweiten Pulses genommen; die Abweichungen vom gemessenen Widerstande können gemessen werden, erweisen sich aber als unerheblich. Die Methode gibt in Parallelversuchen gut übereinstimmende Werte, obwohl der Widerstand weitgehend variiert wurde. Das Schlagvolumen Gesunder beträgt, nach dieser Methode bestimmt 80 bis 100 *cm*³, das kompensierter Mitralstenosen zirka 40 *cm*³. Aus dem Schlagvolumen ist durch Multiplikation mit dem Blutdruck die Arbeit des linken Ventrikels zu berechnen, die des rechten zu schätzen.

Julius Manaberg zweifelt, ob die Widerstände, welche auf dem Vorderarme gemessen werden, für den ganzen Körper Gültigkeit haben, da bekannt ist, daß die Widerstände z. B. im Gebiete der Darmgefäße anders sind als in peripheren Gefäßen, ferner fragt er, ob die Durchblutungsgröße für jedes Kilogramm des Körpers gleich ist.

Müller erwidert, daß die einzelnen Durchblutungswerte und ebenso die Widerstände einzelner Körperpartien erheblich variieren. Er habe jedoch nur behauptet, daß das Produkt aus der Durchblutung und dem Widerstande konstant ist.

Leopold Wick: Über den Heberdenschen Knoten (polyartikuläre Arthritis deformans). (Schluß.) Der Sitz des Heberdenschen Knotens ist meist das letzte Phalangealgelenk, bei längerer Dauer des Leidens öfters auch das Interphalangealgelenk. Der Heberdensche Knoten besteht aus Knochengewebe; er entwickelt sich langsam und ohne jede entzündliche Erscheinung. Ätiologisch scheinen



das sexuelle Moment (Klimakterium, Sterilität), ferner die Senilität eine Rolle zu spielen. Viele Patienten zeigen auch allgemeine und lokale nervöse Erscheinungen, so daß auch hier ein Zusammenhang zu bestehen scheint. Der Heberdensche Knoten ist nicht gichtischer Natur, er ist auch nicht mit der Arthritis deformans der großen Gelenke zu identifizieren. Doch steht er in einem gewissen Konnex mit dem chronischen Gelenksrheumatismus, tritt aber in einem späteren Lebensalter auf.

Karl v. Noorden ist ebenfalls der Ansicht, daß der Heberdensche Knoten nicht gichtischer Natur ist. v. Noorden möchte dieses Leiden als Arthrosis deformans bezeichnen. Es kann die Beziehungen zwischen Störungen im Sexualleben und dem Heberdenschen Knoten bestätigen. Die Therapie kann nur eine symptomatische sein (heiße Handbäder, Sand-, elektrische Bäder, Biersche Stauung, vielleicht könnte auch Injektion von Paraffin in das Gelenk angewendet werden, wenn dieses ergriffen ist). v. Noorden zeigt noch einige Röntgenaufnahmen von Heberdenschen Knoten.

Anton Weichselbaum ist wie Wick dafür, daß der Name Heberdenscher Knoten für diese Erkrankung beizubehalten sei.

Friedrich Pineles hat das Leiden nach Kastration bei Frauen öfters auftreten gesehen, auch bei Männern läßt sich manchmal eine Beziehung zum Sexualapparat nachweisen. Die Affektion tritt meist bei Frauen zwischen dem 40. bis 45., bei Männern durchschnittlich im 60. Lebensjahre auf.

Salomon Gara meint in bezug auf die therapeutische Anregung v. Noordens, daß Vaselininjektionen in arthritische Gelenke nur einen vorübergehenden Erfolg haben, da der injizierte Stoff binnen wenigen Wochen resorbiert wird. *i. m.*

IV. Literatur.

Verbrechen und konstitutionelle Seelenabnormitäten. Unter Mitwirkung von Prof. A. Mahaim und Prof. Dr. A. Forel. München 1907. Ernst Reinhardt, Verlagsbuchhandlung, Jägerstraße 17. 179 Seiten, Preis Mk. 2·50.

Im Jahre 1901 erschien in Genf bei H. Kündig die von A. Forel gemeinsam mit A. Mahaim französisch herausgegebene Schrift „Crimes et anomalies mentales constitutionelles“; das vorliegende Werk ist eine von F. Jahn besorgte Übersetzung dieser Schrift ins Deutsche. — Unter den Anarchisten gibt es nach F. ehrliche Idealisten, sodann eine ganze Kategorie „impulsiver“ mehr oder weniger gleichgewichtsloser konfuser Köpfe, die durch die Suggestion der Idee erregt, und darauf zu Fanatikern werden, indem sie sich einbilden, sich durch aufsehenerregende Unternehmungen zu realisieren“, drittens geborene Verbrecher, moralische Idioten, die sich von anderen Leuten von derartiger Veranlagung nur dadurch unterscheiden, daß sie es „entzückend finden, ihre Taten mit einem politischen Titel zu zieren“. Der Anarchismus ist also „ein Symptom verschiedener Seelenzustände“. Die Gesellschaft tut schlecht daran, wenn sie diesen Individuen auf die Wahrung der „individuellen Freiheit“ allzusehr bedacht ist; es sind Gesetze notwendig, durch welche die „Handlungsfähigkeit dieser Rotte wilder Tiere“ nach Möglichkeit eingeschränkt wird. F. schwärmt besonders für ein „landwirtschaftliches Asyl für Gewohnheitsverbrecher“, das zugleich von Juristen und Irrenärzten überwacht wird. Ein solches Mittelglied zwischen Irrenanstalt und Strafanstalt ist tatsächlich sehr notwendig, weil es den Degenerierten bei den heutigen Verhältnissen, wie die Erfahrung lehrt, leicht gelingt, sowohl der Irrenanstalt als auch der Strafanstalt zu entgehen und mit der Gesellschaft der ehrlichen und arbeitsamen Leute immer wieder von neuem ihr verderbliches Spiel zu treiben. Im Anschlusse an diese Ausführungen bespricht F. ausführlicher den Fall des Mörders unserer Kaiserin, Lucсheni, den er als einen gleichgewichtslosen Impulsiven auffaßt. Die folgenden Kapitel sind der Schilderung mehrerer interessanter Fälle von Verbrechertum infolge pathologischer Minderwertigkeit gewidmet, so insbesonders des Falles des Dr. Alexander Favre, der, wegen zahlreicher ungesetzlicher Frühgeburten angeklagt, auf Grund eines Gutachtens von Forel und Mahaim als unverantwortlich freigesprochen, später aber von seinen Mitbürgern, die ihn als ein „Opfer der Irrenärzte“ ansahen, zum Mitgliede des großen Rates des Kantons Neuchâtel gewählt wurde, in welchem er sich dann durch unerhörten Skandal unmöglich machte, ferner den Fall des „pathologischen und kleptomanischen Schwindlers“ A. K., Direktors des archäologischen Museums in Genf, der vielfache Diebstähle (mit Betrug) und Unterschlagungen im großen Stile beging; endlich den Fall eines impulsiven, hereditär belasteten, gleichgewichtslosen Urkundenfälschers. Ein weiteres Kapitel behandelt kurz die Beziehungen zwischen der durch Alkoholismus herbeigeführten psychopathischen Minderwertigkeit und Verbrechen. Zum Schlusse faßt F. die Ergebnisse seiner Untersuchung dahin zusammen, daß aus allem die Notwendigkeit hervorgehe, alle diese Individuen „in eine dauernde Unfähigkeit, Schaden zu stiften, zu versetzen, indem man sie so menschlich, als ihr Zustand es erlaubt, behandelt und beschäftigt“. „Wird man nicht endlich dazu kommen, das richtige Mittel zu finden, das zugleich rationell, mutig und menschlich ist, zwischen der Grausamkeit und der Vergeltungsstrafe der „guten, alten Zeit“ und der feigen Schlaffheit der Gegenwart, die sich unter der hysterischen und kurzsichtigen Sentimentalität des humanitären äußeren Scheines verbirgt?“ B.

V. Aus der Praxis.

Der Einfluß der Syphilis und des Alkohols auf die Epilepsie. Von Dr. Stefan Wosinski. „Pester medizinisch-chirurgische Presse“ Jahrgang XLIII (1907) Nr. 46.

Auf Grund der Beobachtungen im Balfer Kurbad (Anstalt für Epileptiker) kommt W. zu folgenden Schlüssen:

Alkohol und Syphilis üben unter allen Umständen einen ungemein schädigenden Einfluß auf das Zentralnervensystem aus.

Die durch diese beiden Gifte hervorgerufenen Epilepsien sind heilbar und W. behauptet: gäbe es keine Syphilis und keinen Alkokol, so würde die Zahl der Epileptiker auf die Hälfte herabsinken.

Gegenüber der Syphilis nimmt W. den Standpunkt ein, daß es zweckentsprechend ist, sämtliche epileptischen Kranken, bei denen nur der geringste Verdacht einer syphilitischen Infektion besteht, einer entsprechend beaufsichtigten, vorsichtigen, jedoch durch lange Zeit angewendeten Quecksilberkur zu unterziehen, umsomehr als diese Behandlung nicht schaden kann, sondern im Gegenteil, in unzähligen Fällen nur nützen kann und wir die Kranken von einer bisher für unheilbar gehaltenen Krankheit befreien können.

Künstliche radiumemanationshaltige Bäder. (Pharm. Zentralhalle Nr. 45, 1907.)

Die Entdeckung radioaktiver Eigenschaften in den meisten Thermalquellen und natürlichen Moorerden läßt heutzutage in physiologischer und praktischer Hinsicht keine Zweifel mehr darüber bestehen, daß die in den Mineralwässern und Thermen enthaltene Radiumemanation auf biologische Prozesse einen entschiedenen Einfluß ausübt und für die Heilwirkung der Quellen von großer Bedeutung ist. Man hat z. B. gefunden, daß frisches radioaktives oder künstlich radioaktiv gemachtes Wiesbadener Kochbrunnenwasser die eiweißverdauende Kraft des Magensaftes deutlich weniger hemmt als dasselbe Quellwasser, was durch längeres Stehen seiner radioaktiven Eigenschaften beraubt ist. Ferner bereitet z. B. frisches Kissinger Wasser eine erheblich stärkere bakterientötende Kraft als emanationsarmes, längere Zeit aufbewahrtes Wasser. Durch künstlichen Zusatz von Radiumemanation zu Mineralwässern kann man die natürlichen Verhältnisse leidlich gut nachahmen. Das Verfahren wurde zuerst von Bergell und Bickel angegeben, die es zur Erhöhung der Wirksamkeit von Mineralwassertrinkkuren empfahlen. Künstlichen Zusatz zu Bädern wandte zuerst Neußer, Wien, an, indem er radio-



aktive Uranpecherzrückstände mehrere Stunden hindurch mit gewöhnlichem Badewasser in Berührung brachte. In letzterer Zeit gab Reitz, Bad Elster, ein neues Verfahren an, was sehr einfach und handlich ist. Dasselbe beruht auf einem Festhalten von Emanation durch Einschluß in Kristalle verschiedener Salze. Derartige Präparate stellen die Höchster Farbwerke in Tablettenform unter dem Namen Radiosal her. Eine solche Tablette, im Badewasser einer Wanne aufgelöst, genügt, um das Wasser deutlich radioaktiv zu machen. Die gewöhnliche Gabe für ein Bad entspricht einem Voltabfall von etwa 20.000—30.000 Einheiten. Die nach dem Reitzschen Verfahren radioaktiv gemachten Bäder üben zweiffellos eine spezifische Wirkung auf den Körper aus; auch konnte bei verschiedenen Patienten im Laufe einer solchen Kur im Urin ein deutlicher Gehalt an Radiumemanation nachgewiesen werden.

VI. Notizen.

Prag. Die Privatdozenten Dr. E. Babák (Physiologie) und Dr. W. Pitha (Geburtshilfe und Gynäkologie) wurden zu außerordentlichen Professoren an der böhmischen medizinischen Fakultät ernannt.

* Am 9. Februar d. J. hat sich ein **„Verein Deutscher Ärzte der Riviera Levante“** gebildet zur Förderung der Interessen der Ärzteschaft sowie der Kurorte dieser Gegend. Zum Vorsitzenden wurde Dr Bruck, zum Schriftführer Dr. Braun (beide in Rapallo) gewählt. Der Vereinsvorstand ist gerne bereit, Kollegen Auskünfte über die einschlägigen Verhältnisse zu geben.

* Dr. Oskar Bürger, emerit. Assistent der Klinik Schauta, Spezialarzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, ordiniert Wien VIII., Alserstraße 35, Telephon 17.220.

Der vierte Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft findet am Sonntag den 26. April 1908, morgens 9 Uhr, in Berlin im Langenbeck-Hause statt. Die Ausschußsitzung findet am Freitag den 24. oder Samstag den 25. April zu noch näher zu bestimmender Stunde im Langenbeck-Hause statt. Die Eröffnungs- und Geschäftssitzung beginnt am Sonntag den 26. April, 9 Uhr vormittags präzise. Zur Diskussion steht das Thema: Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Das Referat haben die Herren Rieder, München, und Kraus, Jena, gütigst übernommen. Vorträge und Demonstrationen werden möglichst frühzeitig (spätestens bis zum 10. März 1908) an den Schriftführer der Gesellschaft, Herrn Dr. Immelmann, Berlin W. 35, Lützowstraße 72, erbeten. Mit dem Kongreß wird eine Röhrenausstellung vorwiegend historischen Charakters verbunden sein, worüber demnächst ein Sonderrundschreiben nähere Auskunft gibt. Sonstige Anfragen sind an den Unterzeichneten zu richten, Halle a, S., im Februar 1908. H. Gocht, Vorsitzender für das Jahr 1908.

Als ein neues Ei des Kolumbus möchten wir den eben erschienenen Freytags Verkehrsplan von Wien, 1:15.000, Ausgabe 1908, mit Erlingers Patentfaltung (Preis K 2.40, Verlag von G. Freytag & Berndt, Wien VII/1, Schottenfeldgasse 62) bezeichnen. Die eigenartige Faltung ermöglicht es den Plan in der gleichen Weise zu benützen wie ein aufgeschlagenes Buch. Man braucht also nicht den ganzen großen Plan zu entfalten, sondern kann in demselben wie in einem Buche blättern und hat stets nur zwei Seiten vor sich — ein Vorzug, den jeder schätzen wird, der schon des öfteren auf der Straße, selbst bei nur schwachem Winde, einen Plan oder eine Karte auseinanderzunehmen oder zusammenzulegen versucht hat. Daß der Plan selbst bis in die jüngste Zeit evident gehalten ist, versteht sich bei seinem Erzeugnisse des Verlages G. Freytag & Berndt von selbst. Für solche, welche den Plan lieber in der alten Form haben, sind die Ausgaben zu K 1.20 und K 1.50 (letztere mit Floridsdorf), sowie die Ausgabe mit Führer und Umgebungskarten zu K 2.50 nach wie vor erhältlich.

VII. Offene Stellen.

Am Rathschen allgem. öffentl. Krankenhause in Baden bei Wien sind **zwei Sekundararztesstellen** zu besetzen. Mit diesen Stellen ist ein Monatsgehalt von je K 200, ferner freie Wohnung, nebst Beheizung und Beleuchtung, dann das Recht zum Bezuge der Naturalkost gegen Ersatz der festgesetzten Regiepreise verbunden. Die Ausübung der Privatpraxis ist untersagt. Gesuche wollen an den Stadtvorstand der ldfst Stadt Baden gerichtet werden. Auskünfte erteilt der leitende Arzt Herr Primarzt Dr. Gustav Jägermayer täglich vormittags im Krankenhause und der Referent für Krankenhausangelegenheiten Herr G. R. Josef Kollmann, Baden, Pfarrgasse Nr. 3.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe Persenbeug a. d. Donau (Niederösterreich), politischer Bezirk Pöggstall, umfassend die Gemeinden Persenbeug, Gottsdorf, Hofamt-Priel und Nöchling mit 3117 Einwohnern auf 68 *km²* mit 1. April l. J. zu besetzen. Sanitätsbeitrag der Gemeinden K 700, bisherige Subvention vom niederösterreichischen Landesausschusse K 700. Andere Nebeneinkünfte sind in bestimmter Aussicht. Die Haltung einer Hausapotheke ist erforderlich. Die ordnungsgemäß belegten Gesuche sind bis 15. März l. J. bei dem Bürgermeisteramte in Persenbeug einzubringen, wo auch nähere Auskünfte über diese Stelle erteilt werden.

Rheumatol (ol. jun. compos)

ärztlich erprobtes, außerordentlich wirksames äußerliches Mittel gegen ***Ischias, Zumbags, Neuralgien, rheum. und gicht. Affektionen*** usw.

Preis der Flasche Kronen 2.20.

In allen Apotheken erhältlich.

Erzeugungsort **Otto Bieder, Luzern (Schweiz).**

Praktische Kurse

in allen Zweigen der technischen u. operativ. Zahnheilkunde erteilt an Ärzte und Studierende

Zahnarzt Dr. Rieger, Wien VII., Mariahilferstr. 124.

Modern eingerichtete 3 Operationsräume. — Separierte Arbeitstische in der Technik.

Kyphi

Spezif. gegen Impotenz

aus Pflanzen, Früchten und Fruchtsäften hergestellt.

Frei von jeder schädlichen Nebenwirkung.

Erzeugungsort: Chem. techn. Laboratorium, Konstanz-Baden.

REGNER & BÜCHELE.

Zu haben in allen Apotheken.

En gros-Depot für Österreich-Ungarn:

G. & R. FRITZ PEZOLDT & SÜSS, A.-G.

Wien I., Bräunerstraße 5.

FLORICITHIN

hervorragend bewährt bei funkt. Impotenz.

Dosierung 3 mal täglich 2 Pillen.

Erhältlich in allen Apotheken.

Generalvertreter für Österreich-Ungarn und Balkan:

Ed. Than, Wien III., Linke Bahngasse 5.

ICHTHYOL.

Der Erfolg des von uns hergestellten speziellen Schwefelpräparats hat viele sogenannte Ersatzmittel hervorgerufen, welche **nicht identisch mit unserem Präparat sind** und welche obendrein unter sich verschieden sind, wofür wir in jedem einzelnen Falle den Beweis antreten können. Da diese angeblichen Ersatzpräparate anscheinend unter Mißbrauch unserer Markenrechte auch manchmal fälschlicherweise mit

Ichthyol

oder

Ammonium sulfo-ichthyolicum

gekennzeichnet werden, trotzdem unter dieser Kennzeichnung nur unser spezielles Erzeugnis, welches einzig und allein allen klinischen Versuchen zugrunde gelegen hat, verstanden wird, so bitten wir um gütige Mitteilung zwecks gerichtlicher Verfolgung, wenn irgendwo tatsächlich solche Unterschiebungen stattfinden.

Ichthyol-Gesellschaft
Cordes, Hermanni & Co.
Hamburg.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Bei Tuberkulose und katarrhalischen Affektionen

wird das wasserlösliche, wohlschmeckende und vorzüglich verdauliche Guajacol-Präparat:

Syrupus Guajacoli comp. Hell

Synonym: **Aphthisin in Sirupform** oder

Capsulae Guajacoli comp. Hell

Synonym: **Aphthisin in Kapseln**

NB. Wir bitten ausdrücklich Syrupus Guajacoli „Hell" zu ordinieren, da sich dieses Präparat ganz wesentlich in der Wirkung von anderen ähnlichen Syrupen unterscheidet.

mit bestem Erfolge angewendet. Das Guajakolpräparat Hell ist das zuverlässigste und bestverdauliche Guajakolpräparat, das aus den wirksamen Bestandteilen des Buchenholzteeres und des Steinkohlenteeres gewonnen wird und aus 9 Teilen guajakolsulfosaurem Kalium und aus 1 Teil Petrosulfol-Ammon besteht.

Dosis: 3—4mal täglich ein Teelöffel vom Sirup oder 3—4mal täglich 1—2 Stück der Kapseln.

LITERATUR: „Zur Behandlung der Lungentuberkulose" in Nr. 9 des „Medicin.-chirurg. Centralblatt" vom Jahre 1902 und „Beiträge zur Behandlung der Lungenerkrankungen" in Nr. 17 und 18 der „Ärztl. Centralztg." vom Jahre 1902; „Die Behandlung nicht tuberkulöser Erkrankungen der Atmungsorgane" in Nr. 41 der „Ärztl. Centralzeitung" vom Jahre 1902; „Beitrag zur rationellen Behandlung der Lungentuberkulose" in Nr. 45 der „Wiener Medic. Presse" vom Jahre 1902; „Medic.-chirurg. Centralblatt" Nr. 44, 1902, und „Leipziger Reichsmedizinalanzeiger" Nr. 12, 1903 und andere mehr.

Literatur und Proben stehen auf Verlangen zu Diensten.

Detailpreis einer Flasche Sirup **3** K, in Krankenkassa-Packung **2** K, einer Schachtel Kapseln **2** K.

Für Krankenkassen und ärmere Kranke bitten wir zu ordinieren: Syr. Guajacoli comp. Hell lagen. min. (à 2 K).

Die Verabfolgung in den Apotheken erfolgt nur auf ärztliche Verordnung. 230

Fabrik pharmazeutisch chemischer Produkte **G. Hell & Comp., Troppau und Wien.**

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3611/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 11. Wien, 14. März 1908. Nr. 11.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Dührssensche Uterovaginaltamponade.

Ein Beitrag zur Technik von **Dr. Sigmund Krausz**, prakt. Arzt in Baden bei Wien.

(Fortsetzung.)

Es wurde vor mehreren Jahren — von wem weiß ich nicht — ein Instrument konstruiert, das unter dem Namen Rapidtamponator bekannt ist. Ursprünglich nur von Block in Bodenbach ausgeführt, finde ich es jetzt in den Katalogen so ziemlich aller Instrumentenhändler. Es besteht aus zwei Teilen einer langen hohlen Metallhülse mit abgestumpftem vorderen Rande und zwei Fingerringen am anderen Ende, sowie einem Stab, der um einige Millimeter kürzer als die Hülse, rückwärts einen Fingerring, vorne einen kurzen Zweizack trägt. Es werden verschiedene Größen angefertigt, das größte Modell, das auch am vorderen Ende analog der Beckenkrümmung gekrümmt ist und etwa einem zwei Finger breiten Muttermund an Durchmesser entspricht, dient zur Tamponade bei puerperaler Atonie, ein zweites, mit dem Durchmesser von 1 *cm*, zur Tamponade bei Abortusblutungen resp. nach Exkochleationen.

Ich arbeite nunmehr schon drei Jahre mit diesen zwei Modellen, habe in 9 Fällen von atonischen Blutungen p. p. und in 32 Fällen von Abortusblutungen oft in den primitivsten Verhältnissen bei mitunter mangelhafter Beleuchtung ohne jegliche Assistenz gearbeitet — von Hebammen lasse ich mir prinzipiell nicht assistieren. Ich habe in meiner geburtshilflich gynäkologischen Praxis bisher überhaupt keinen Todesfall gehabt, in einem von den 9 Tamponaden bei Geburt am normalen Schwangerschaftsende trat am dritten Tage post partum Fieber bis 39·5 auf, doch hier handelte es sich um einen Anenkephalus mit Hydramnios und adhärenter Plazenta, die manuell gelöst werden mußte; in einem anderen Falle trat am Tage nach der Tamponade eine Temperatursteigerung (39·7) mit Üblichkeiten und Benommenheit auf; derselbe entpuppte sich nach der Harnanalyse als Jodoformvergiftung; endlich in einem dritten, wo ich mit steriler Gaze manipuliert hatte, trat am Tage post partum aus unaufgeklärten Ursachen Temperatursteigerung bis 40·1 auf.

Da ich auch sonst nach mehreren Geburten, speziell Wendungen und Zangen sowie bei zwei Spontanentbindungen mit Abgang nußfarbigem Fruchtwassers vor der Geburt, wo sich durch Eintreten einer starken Blutung unmittelbar p. p. eine vorzeitige Lösung der Plazenta verriet, diese Erscheinung beobachtete — nämlich kurzdauernde hohe Temperatursteigerungen, die unaufgeklärt bleiben, so bin ich geneigt, diese Steigerungen als Resorptionsfieber aufzufassen und rechne sie kaum mehr zu den pathologischen Erscheinungen. Sehen wir ja doch auch täglich in der chirurgischen Praxis bei einfachen Kontusionen, die von leichten Suffusionen gefolgt sind, am nächsten Tage Temperaturerhöhungen, die nach 24 Stunden abgeklungen sind und kein Mensch nimmt ein solches Fieber tragisch.

Bei den Abortusfällen hatte ich in 9 Fällen fieberhaftes Wochenbett infolge Adnexschwellungen, die schon vor dem Eingriff nachweisbar waren. Sonst verliefen alle Wochenbetten afebril, bis auf drei, wo vor der Ausräumung Fieber bestanden hatte, das aber nach dem Eingriff in 2—4 Tagen ganz zurückgegangen war.

Diese Resultate sind gewiß glänzende. Zum Teil bin ich geneigt, sie dem Umstande zuzuschreiben. daß ich prinzipiell jeder Wöchnerin in großen Dosen Ergotin, kombiniert mit Argent. colloidale Credé innerlich verabfolgen lasse, z. T. wohl auch dem Umstande, daß das oben beschriebene Instrumentarium auch unter ungünstigen Verhältnissen ein rasches, verläßliches und aseptisches Arbeiten ermöglicht. Da ich nun bei Umfragen bei Kollegen fand, daß diese Art der Tamponade noch lange nicht die verdiente Verbreitung und Würdigung findet, sowie daß hie und da in der Technik Irrtümer unterlaufen, habe ich mich entschlossen, meine oben angeführten Resultate zu publizieren und im folgenden die Technik eingehend zu schildern.

Als Tamponmaterial nimmt man Gaze (Jodoform oder sterile hydrophile oder Dermatol oder sonst eine beliebige sterilisierte) in fester Verpackung, die erst unmittelbar vor der Tamponade geöffnet wird. Die Gaze muß sich leicht abrollen lassen, muß also entweder in Binden gerollt oder in Zickzacktouren gepackt sein.

Bei Tamponade post partum maturum geht man mit der linken (selbstverständlich gut gereinigten) Hand in den Uterus ein und schiebt, nachdem man so rasch als möglich alle vorliegenden Coagula aus dem Uterus entfernt hat, die Hand wieder in die Scheide zurück, Zeige- und Mittel-



finger läßt man an der Portio ausgestreckt liegen, der Daumen stützt sich an der vorderen (in Rückenlage oberen) Vaginalwand. Man schiebt nun das Rohr zwischen Daumen einerseits, Zeige- und Mittelfinger andererseits mit langsamen sanften Ruckbewegungen in den Uterus, bis man an irgend eine Stelle des Fundus stößt. Jetzt geht die linke Hand aus der Scheide heraus, faßt das Rohr außerhalb der Scheide sanft an und von dem Momente an hat die Hand des Arztes nichts mehr mit den inneren Genitalien der Wöchnerin zu tun. Die rechte Hand faßt den Stachel des Tamponators, spießt das Ende der Gazerolle, die sich in der Schachtel befindet, auf und führt sie in das Rohr ein. In den Fingerring des Stachels hakt sich der rechte Daumen, in die Ringe des Rohres der rechte Mittel- und Zeigefinger. Die Schachtel mit dem Tamponadematerial hält die Hebamme oder sie befindet sich in einem Beutel, der an der Tamponatorröhre hängt. Hat man den Tamponator nun in den drei Fingern der rechten Hand, so umfaßt die linke (die ich mir indessen durch Schwenken in einer lauwarmen Lysoformlösung. die auf einem Sessel nebenan steht, notdürftig gereinigt habe), den fundus uteri. Nun beginnt das Tamponieren. Der Stachel wird regelmäßig zurückgezogen und vorgeschoben. Beim Zurückgehen gleitet er an der Gaze glatt zurück, beim Vorschieben hakt er sich in die Gaze ein und schiebt den Streifen mit vor. Hiebei ist wohl darauf zu achten, daß die Exkursionen, die der Stachel macht, höchstens 2 *cm* betragen, weil andernfalls, wenn ein zu langes Stück Gaze vorliegt, leicht eine Obstruktion eintreten kann und man den Stachel nicht mehr vorwärts bringt. In einem solchen Falle, der ja leicht eintritt, wenn man die Technik nicht vorher eingeübt hat, was ich dringend empfehlen möchte (Hohlkörper, ein Trinkglas, die eigene Hohlhand eignen sich sehr gut), ziehe man ja nicht die Röhre aus dem Uterus. Die Röhre bis an den Fundus bringen ist die Hauptarbeit, alles andere daneben Spielerei. Geht also der Stachel absolut nicht vorwärts, so muß man ihn herausziehen, die Gaze, die man bis dahin in den Uterus gebracht hat, 2 *cm* vor der Röhre durchschneiden und durch die Röhre auch herausziehen und das Tamponieren nochmals beginnen.

In den meisten Fällen kontrahiert sich der Uterus durch den Fremdkörperreiz schon beim Einführen des Rohres — man hüte sich daher vor brüskem Vorziehen, halte die Röhre stets zart und gebe dem Uterus nach.

Ist etwas Gaze in die Gebärmutter eingeführt, so fühlt man, wie das Rohr nach rechts oder links in den Fundus hineingleitet. Man hält es mit sanftem Drucke stets an die Uteruswand geheftet und darf es unter keinen Umständen zurückziehen. Durch die stets mehr und mehr in das Uteruskavum vorrückende Gaze wird das Rohr von selbst dem Zervix immer näher gedrängt.

Sobald eine Gazelage im Fundus sich befindet, kann gegen die von den Bauchdecken kontrollierende Hand ein etwas stärkerer Druck ausgeübt werden. Wiederholen möchte ich aber, daß ein Zurückziehen des Rohres ein grober Fehler wäre.

(Schluß folgt.)

79. Naturforscherversammlung in Dresden.

15. bis 21. September.

(Schluß.)

Die anatomischen Befunde trug Wiesel vor. Es ist selbstverständlich, daß sie die Tiere, an denen sich die eben besprochenen Tatsachen experimentell erheben ließen, auch der anatomischen Untersuchung unterzogen, um so vielleicht einige weitere Anhaltspunkte für das Verständnis der skizzierten Pnänomene zu gewinnen. Wir studieren dementsprechend die Nebenniere sowie die chromaffinen Organe ihrer Untersuchungstiere, wobei sie fortlaufend die Befunde mit denen an normalen Tieren verglichen. Die Untersuchung wurde so vorgenommen, daß sie die Nebennieren, Teile der großen Plexusganglien und Arterien verschiedener Körperregionen unmittelbar nach Tötung der Tiere in chromsalzhältigen Gemischen fixierten, um so ganz besonders klare Bilder der chromaffinen Zellen zu gewinnen. Es ist durchaus notwendig, die Fixation der hier in Frage kommenden Organe möglichst frisch, sozusagen vom überlebenden Tiere aus vorzunehmen, da bei nicht ganz frischen Objekten die Chromreaktion undeutlich wird, bezw. mehrere Stunden nach dem Tode fast gänzlich verschwinden kann, während lebenswarm fixierte unter allen Umständen deutliche Chromreaktion zeigen.

Schon nach nur wenige Stunden dauerndem Laufen getötete Tiere zeigen ein anderes Verhalten als solche in der Ruhe. An der Nebennierenrinde konnten sie mit Sicherheit keinerlei Unterschiede gegenüber der Norm nachweisen. Dagegen läßt sich an den chromaffinen Zellen eine deutliche und ohne weiteres sichtbare Abnahme der Chrombräunung konstatieren. Diese betrifft zunächst durchaus nicht alle Zellen gleichmäßig; eine Reihe zeigt noch deutlich die diffuse Gelbfärbung des Plasmas wie in der Ruhe; eine ganze Anzahl von Zellen aber hat sich nur sehr unvollkommen bezw. gar nicht mit den Chromsalzen imprägniert, ihr Plasma ist überhaupt ungefärbt bei bloßer Hämatoxylinfärbung oder zeigt bei Eosinfärbung einen schwach rosenroten Ton. Die Kerne sind bei solchen achromaffin gewordenen Zellen nicht mehr bläschenförmig, schwach färbbar, sondern erscheinen stärker und diffuser tingiert. Bei sehr starker Vergrößerung sieht man gelegentlich im Plasma dieser Zellen ein feines Wabenwerk, aber fast nie Granulationen. Es hat den Anschein, als würden zunächst die zentralen, den daselbst befindlichen venösen Räumen unmittelbar angrenzenden Zellen die Fähigkeit verlieren ihr Plasma mit Chromsalzen zu imprägnieren, während die mehr peripheren, in der Nebenniere rindenwärts gelegenen Zellen diese Fähigkeit länger bewahren. Es resultieren dann Bilder, wo einzelne Inseln achromaffin gewordener Zellen zwischen normal chrombraunen liegen, wodurch die ganze Schichte ein fleckiges Aussehen gewinnt. In ebenderselben Weise verhalten sich auch die Zellen der anderen chromaffinen Körper. Natürlich geht die Abnahme der Fähigkeit der Chromsalzimprägnation nicht in allen chromaffinen Organen gleichzeitig und gleichmäßig vor sich. Einzelne Zellen sind nämlich in diesem Stadium stärker chromaffin als andere, jedenfalls aber ist die Abnahme gegenüber dem ruhenden Tiere deutlich konstatierbar. Die Fähigkeit, sich mit Chromsalzen zu imprägnieren, verlieren die Zellen, wenn sie die Tiere noch länger laufen ließen. immer mehr und mehr und bei Tieren, die bis zur Erschöpfung liefen und dann in diesem Zustande getötet wurden, finden wir überhaupt keine chrombraune Zelle mehr. Die Zellen solcher Tiere lassen ihr Plasma gänzlich ungefärbt; viele Zellen sehen wie ausgelaugt aus, auch bei sehr starker Vergrößerung läßt sich nichts im Plasma der Zellen nachweisen. Solche erschöpfte chromaffine Organe sind in diesem Stadium gewöhnlich recht hyperämisch, ihre Extrakte lassen das Froschauge unbeeinflußt, der chemische Nachweis von Adrenalin mißlingt völlig, ebenso der mikrochemische am Gefrierschnitte. Sie können also sagen, daß im Verlaufe starker Muskelarbeit die chromaffinen Zellen die Fähigkeit verlieren, chrombraun zu werden, oder vielleicht richtiger, diese Zellen geben die chromierbare Substanz an den Organismus ab, ohne sie vorderhand zu ersetzen. Wenn wir aber bedenken, daß wir während der erhöhten Muskelarbeit Adrenalin im Blutserum finden, ferner bedenken, daß nach unserem heutigen Wissen das Adrenalin nur von den chromaffinen Zellen abgegeben wird, wie Biedl und W. schon vor mehreren Jahren nachweisen konnten und an den erschöpften Zellen der chemische und biologische Nachweis des Adrenalins mißlingt, so glauben sie den Schluß ziehen zu dürfen, daß die chrombraune Substanz ihrer chemischen Zusammensetzung nach Adrenalin oder ein dem Adrenalin sehr nahestehender Körper ist, der während forcierter Muskelarbeit bis zur Erschöpfung der produzierenden Zellen an das Blutserum abgegeben wird. Durch die erhöhte Inanspruchnahme des in den chromaffinen Zellen enthaltenen Adrenalins kommt es zu einer völligen Verarmung der Zellen an diesem



Stoffe, was sich histologisch durch ihre Unfähigkeit, sich mit Chromsalzen braun zu imprägnieren, dokumentiert. Erst längere Zeit nach erfolgter Ruhestellung des Tieres erholen sich die chromaffinen Zellen, sie haben wieder Adrenalin deponiert. Unsere Versuche an den laufenden Hunden haben also das Ergebnis geliefert, Sekretionszustände in den chromaffinen Zellen annehmen zu müssen und zugleich die hohe Wahrscheinlichkeit in uns erweckt, daß die mit Chromsalzen imprägnierbare Substanz Adrenalin sei. Die feineren Vorgänge an den chromaffinen Zellen beim Ersatze des aufgebrauchten Adrenalins zu schildern, muß der ausführlichen Publikation vorbehalten bleiben.

Während sie also bei der durch Laufen hervorgebrachten Ermüdung der Versuchstiere am chromaffinen Systeme Sekretionserscheinungen beobachten konnten, die sich auch bei oft wiederholtem Laufen eines Tieres — bis zu einem Monate — in den eben skizzierten Grenzen bewegten, konnten sie an den Tieren, die ausgiebige Nierenschädigungen durch Keilexzision erlitten hatten, weniger bei Exstirpation einer Niere, auch andere anatomische Befunde erhalten.

Es ist ja immerhin möglich, daß durch noch länger fortgesetzte, oft wiederholte Muskelarbeit auch andere anatomische Veränderungen — man müßte vor allem an Hypertrophien der chromaffinen Organe denken — gesetzt werden. Darüber fehlt noch vorderhand die Erfahrung. Jedenfalls sind die Veränderungen am chromaffinen Systeme nach Nierenschädigungen handgreiflicher. Es wurde schon hervorgehoben, daß auch Tiere mit Keilexzisionen der Nieren, sowie nephrektomierte Tiere den Adrenalinnachweis im Blute führen lassen.

Wenn man ein derartiges Tier zirka 14 Tage nach erfolgter partieller Nierenexstirpation tötet und die Nebennieren und chromaffinen Organe untersucht, so zeigt sich folgendes Verhalten: Während die Rindensubstanz anscheinend unverändert ist, hat sich das Bild der Marksubstanz gegenüber der Norm wesentlich geändert: das ganze Gefüge dieser Schichte ist dichter, einzelne Zellen, resp. Zellgruppen sind näher aneinander gerückt, dabei hat nur eine geringe Anzahl von Zellen ihren normalen Bau, feinwabiges oder homogenes, chrombraunes Plasma behalten. Auch insoferne macht sich ein Unterschied gegenüber der Norm geltend, als die Chromierung sozusagen grobkörniger auftritt. Ein großer Teil dieser Zellhaufen ist in diesem Stadium überhaupt nicht chromierbar und besteht aus zahlreichen, mit spärlichem Plasma und stark tingiblem Kerne versehenen, rundlichen Zellen, die teils kranzförmig, teils in Form von Strängen die chromierten Zellen umgeben und alles in allem jungen chromaffinen Zellen gleichen. Es resultieren Bilder, wie wir sie bei Verfolgung des Entwicklungsganges der menschlichen und tierischen chromaffinen Organe jederzeit sehen können, wie ich es sowohl bei der Beschreibung der Embryologie der chromaffinen Organe als auch bei der Schilderung des Baues dieses Systemes in gewissen Stadien chronischer Nephrosen geschildert habe. Wir zweifeln nicht daran, daß die eben kurz skizzierten Verhältnisse mit der Zeit zu veritablen Hypertrophien des chromaffinen Systemes führen müssen. Wir können mächtige chromaffine Körper von Tieren zeigen, die lange Zeit ihre Nierenschädigung trugen, chromaffine Körper, von einer Größe, wie sie wohl in der Norm nie zur Beobachtung kommt. Dies wären in Kürze die anatomischen Ergebnisse, die wir bis jetzt bei unseren Versuchen erheben konnten, soweit sie die chromaffinen Organe betreffen.

*

In der Geschäftssitzung der Gesellschaft wurde als Versammlungsort für das Jahr 1908 Köln festgesetzt.

Der Vorstand für das Jahr 1908 wurde folgendermaßen zusammengesetzt: Prof. Dr. Wettstein v. Westersheim, Wien, erster Vorsitzender; Prof. Dr. Rubner, Berlin, erster stellvertretender Vorsitzender; Prof. Dr. Wien, Würzburg, zweiter stellvertretender Vorsitzender.

II. Literaturauszüge.

Über Osteomyelitis cranii im Anschlusse an Stirnhöhleneiterungen. Von Prof. Hinsberg, Breslau.

Diese Erkrankung, die sich histologisch im allgemeinen ähnlich wie die Osteomyelitis der Röhrenknochen verhält, unterscheidet sich in einem Punkte ganz außerordentlich von ihr; während an den Extremitätenknochen doch eine spontane Begrenzung des Prozesses die Regel bildet, fehlt am Schädel jede Tendenz hiezu.

Anscheinend erfolgt die Ausbreitung der Eiterung zum Teile in der eigentlichen Diploi, in der Hauptsache aber wohl in den zahlreichen Venen des Knochenmarkes. In ihnen kommt es zur Bildung von Thromben, nach deren eitrigem Zerfall dann eine Einschmelzung des umgebenden Knochens erfolgt. Diese gelangt allmählich bis zur Oberfläche des Knochens und führt nun, unter Sequestrierung der Tabula externa und interna, einerseits zu einem Abszeß zwischen Dura und Knochen, andererseits zur Bildung eines subperiostalen Abszesses. Dieser letztere ist in der Regel das erste Symptom, was dem Kundigen eine sichere Diagnose erlaubt. Wird der Prozeß nicht oder in ungenügender Weise operiert, dann geht die Infektion, wie schon angedeutet, unaufhaltsam weiter und führt anscheinend regelmäßig zum Tode, sei es durch allgemeine Sepsis (Infektion des Sinus congitendinales sup.), durch Meningitis oder durch Hirnabszeß.

Klinisch können wir zwei Formen unterscheiden: einmal eine ganz akute, stürmisch verlaufende, die unter hohem Fieber meist schnell zum Tode führt, und dann eine chronische, die in ihrem Verlaufe etwas außerordentlich Tückisches zeigt. Nachdem eventuell durch Operation die Beschwerden der primären Stirnhöhlenerkrankung beseitigt sind, erfolgt meist unter subjektivem Wohlbefinden, oft ohne Steigerung der Temperatur, die Ausbreitung in der Diploë, bis dann plötzlich auftretendes Fieber, Schmerzen und Bildung eines subperiostalen Abszesses uns von den Vorgängen im Knochen unterrichten. Gelingt es nun, alles Krankhafte operativ zu entfernen, dann kann Heilung eintreten. Anscheinend genügt aber das Zurücklassen eines kleinen Restes von infektiösem Material, um den Ausgangspunkt für neue Zerstörungen zu bilden. Es wechseln nun frei Intervalle, Abszeßbildungen und Operationen ab, bis, oft nach Monaten, der Exitus eintritt. (Allg. med. Zentralzeitung Nr. 1, 1907.)

*

Über das Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Von Professor Dr. Emil Redlich.

Die Frage nach der Zulässigkeit oder Unzulässigkeit einer Ehe wird von Individuen, die selbst nerven- oder geisteskrank sind oder eine neuro-psychopathische Konstitution zeigen oder auch nur aus Familien stammen, in denen solche Krankheiten vorgekommen sind, ganz besonders häufig an uns gestellt. Nur eine Sorte von Kranken wendet sich vielleicht noch häufiger an den Arzt mit dieser Frage, das sind solche, die Syphilis überstanden haben. Zum Teile fällt übrigens auch diese Kategorie in den Kreis unserer Erörterungen.

Werden wir nun vor die Frage gestellt, ob nach unserem Dafürhalten ein bestimmtes Individuum eine Ehe eingehen soll oder darf, dann werden wir uns zunächst zu fragen haben, welche Vorteile erwachsen dem Menschen im allgemeinen in medizinischer Richtung aus dem Eingehen einer Ehe, welche sonst voraussichtlich eintretenden Schädlichkeiten werden dadurch vermieden, andererseits, welche Nachteile könnte eine Eheschließung mit sich bringen. Der so gewonnene Standpunkt muß dann noch für den uns hier beschäftigenden Fall, die Ehe nervöser oder psychopathischer Individuen, spezialisiert werden, wobei man sich vor allem Schematisieren strenge hüten muß. Es läßt sich nur ganz im allgemeinen sagen, für diese oder jene Krankheitsform ist eine Eheschließung zulässig, ersprießlich oder verboten. Daneben, oder richtiger in erster Linie, muß das Individuum mit allen seinen Eigentümlichkeiten, seiner ganzen persönlichen und Familiengeschichte ausschlaggebend sein.

In erster Linie steht dann die Frage des Geschlechtsverkehrs in der Ehe. Während aber für den Mann bei uns, in der Großstadt, in der Regel die Ehe nur die Gelegenheit zum regelmäßigen, von Exzessen sich fernhaltenden, nach jeder Richtung hin gesicherten (Wegfall der Gefahr der venerischen Infektion!) Geschlechtsverkehr bietet, stellt sie für die Mehrzahl der Frauen unserer Klientel — wenigstens da, wo wir gefragt werden — unter den heute gültigen Moral-, richtiger gesagt gesellschaftlichen Anschauungen, die einzige solche Gelegenheit dar. Hier bietet also Ehelosigkeit meist zugleich auch sexuelle Abstinenz. In einer Minderzahl übrigens auch für den Mann, denn es gibt Männer, die vor der Ehe keusch geblieben sind. Freilich, das Geständnis ist zwar betrübend, aber es ist eine schon von anderen Autoren betonte Tatsache, die Männer, die in unseren großstädtischen Verhältnissen vor der Ehe keusch geblieben sind, sind es zum geringsten Teile aus ethischen oder moralischen Gründen etwa, sondern aus ganz anderen. Viele davon sind Onanisten oder waren es, leiden an Pollutionen, fühlen sich als sexuelle Schwächlinge oder haben aus anderen Gründen Scheu vor dem Koitus. Andere haben gelegentlich den Koitus versucht, haben sich aber dabei temporär oder psychisch impotent erwiesen und haben die Courage zu einer Wiederholung des Experimentes verloren. Aber es ist andererseits zuzugeben, daß es Männer gibt, die vor der Ehe sich vom sexuellen Verkehr ferngehalten haben und sich nachträglich in der Ehe sexuell vollständig potent erweisen. Ein Beispiel dafür bieten z. B. die orthodoxen Juden in Polen. Für manche erscheint dieser Zustand als der ideale, und es wird sich fragen, ob dies vom medizinischen Standpunkte aus empfohlen werden kann oder nicht. Es wird daher notwendig sein, mit einigen Worten auf die Bedeutung der sexuellen Abstinenz in hygienischer Beziehung kurz einzugehen.

Eine wissenschaftlich hinreichend fundierte Meinung hier abzugeben, ist trotz, oder vielleicht wegen der seit längster Zeit auf diesem Gebiete sich abspielenden Diskussionen nicht leicht möglich. Sie wissen, daß man vielfach in früheren Zeiten und auch neuerdings geneigt war, der sexuellen Abstinenz alle möglichen schädlichen Folgen zuzuschreiben, darauf eine ganze Reihe, speziell nervöser Beschwerden zurückzuführen. Eine neuere, anscheinend damit verwandte Ansicht, die von Freud über die Bedeutung sexueller Momente in der Ätiologie der Hysterie und einer ganzen Reihe anderer Neurosen, hat bei genauerem Zusehen doch nicht die gleiche Bedeutung; denn Freud und seine Schüler legen nicht so sehr auf die sexuelle Abstinenz, als vielmehr auf sexuelle Traumen und andere sexuelle Schädlichkeiten in der Kindheit, Coitus interruptus, den Akzent. Es gibt nun sehr viele Autoren — wir wollen da auf Theoretiker, wie z. B. Gruber, weniger rekurrieren als auf erfahrene Praktiker, z. B. Eulenburg, Fürbringer, Hegar und andere —, die durchaus nicht der sexuellen Abstinenz unter allen Umständen etwa eine schädliche Wirkung zuschreiben. Schwieriger und manchmal vielleicht auch bedenklicher ist sie — darüber sind wohl die meisten Autoren einig — bei erwachsenen, kräftigen Männern durchzuführen. Übrigens ist hier zu individualisieren; bei Fällen, bei denen der Geschlechtstrieb besonders lebhaft ist — und dahin gehören wohl zweifellos viele neuro-psychopathische Persönlichkeiten — können, wie dies auch Erb betont, schädliche Folgen sich einstellen, auch ist die Gefahr des Antriebes zur Onanie, in Ausnahmefällen vielleicht auch, wie manche behaupten, zur konträrsexuellen Hinneigung durch dauernde Abstinenz gegeben.

Bei Frauen ist nach dem allgemeinen Urteile die Sachlage etwas anders. Bei vielen Frauen muß das volle sexuelle Empfinden, wenigstens im geläufigen Sinne, gleichsam erst erweckt werden, stellt sich nicht selten erst nach längerer Ausübung des Geschlechtsverkehrs ein. Ebenso ist es bekannt, daß Witwen in gewiß nicht seltenen Fällen trotz vorherigen regelmäßigen Koitus, die nun folgende Abstinenz doch ohne Schaden ihrer Gesundheit vertragen. Anders ist es auch hier, wenn das sexuelle Empfinden und Bedürfnis spontan oder auf äußere Anregung hin besonders lebhaft ist, bei erotischen Naturen, von der sogenannten Nymphomanie nicht zu reden.

Wir können also sagen, die sexuelle Abstinenz bedeutet vom medizinischen Standpunkte aus nicht eine unter allen Umständen und um jeden Preis zu vermeidende Schädlichkeit, aber ebenso ist es richtig, daß der regelmäßige Geschlechtsverkehr für die Mehrzahl gesunder, erwachsener Menschen als vorteilhaft, unter Umständen sogar als empfehlenswert zu bezeichnen ist.

Dazu kommt, daß in der Ehe noch eine ganze Reihe anderer, hygienisch günstiger Momente gegeben sind, die sich auch in der Statistik (siehe darüber bei Gruber) durch eine längere Lebensdauer der Verheirateten kundgeben. Bei Männern ergibt sich dies schon vom 20. Jahre an, während bei Frauen wegen der mit der Gravidität und den Puerperien verbundenen Gefahren erst vom 40. Jahre dieser günstige Einfluß der Ehe sich nachweisen läßt. Versuchen wir es nun, diese unleugbaren hygienischen Vorteile der Ehe auf unser Gebiet zu exemplifizieren, so ergibt sich bald, daß diesen Lichtseiten der Ehe auch Schattenseiten gegenüberstehen. Schon die Frage der Verlobung, der Zweifel, ob die Wahl die richtige sein wird, ob der Ehekandidat den durch die Ehe bedingten Verhältnissen in jeder Hinsicht gewachsen sein wird, kann bei neuropathisch disponierten Individuen zu enervierenden, mitunter recht unangenehmen Zuständen führen. Noch mehr gilt dies vom Brautstande, wobei gewiß auch frustane sexuelle Erregungen, bei Männern oft durch die ungewohnte Abstinenz in ihrer Wirkung verstärkt, eine Rolle spielen, so daß man unter Umständen direkt von einer Brautstandsnervosität sprechen kann. Ich habe manchen solchen Ehekandidaten mit ausgesprochenen nervösen Störungen schon in meiner Sprechstunde gesehen, manches Verlöbnis ist darum in die Brüche gegangen, ohne daß damit immer Ruhe geschaffen wäre.

In einzelnen, freilich relativ seltenen Fällen steigert sich dieser nervöse Zustand während des Brautstandes zu wirklicher Psychose, Mendel hat von einer sponsalistischen Psychose gesprochen. Etwas ähnliches ist es um das von Obersteiner beschriebene, im unmittelbaren Anschlusse an die Hochzeit auftretende nuptiale Irresein. Letztere Fälle treffen ausschließlich Frauen, für die außer den erwähnten Momenten wohl noch der „Schrecken" der Hochzeitsnacht in Betracht kommt. Bei genauer Nachfrage stellt es sich freilich meist heraus, daß schon vor der Hochzeit allerlei kleine, freilich mißdeutete psychische Abnormitäten da waren. Daß die sponsalistischen oder nuptialen Psychosen etwa eine klinische Einheit darstellen, darf durchaus nicht erwartet werden. In einem Falle, den ich gesehen habe, handelte es sich um Dementia praecox bei einem schwer disponierten Individuum, wo also die Hochzeit nur das letzte auslösende Moment darstellte; so wird es wohl noch in manchem anderen solcher Fälle sein.

Aber auch das eheliche Zusammenleben selbst entbehrt, wie leicht verständlich, nicht oder mindestens nicht immer der Schwierigkeiten für nervöse Individuen. In erster Linie möchte ich Disharmonien der Eheleute nennen, die aus verschiedenen Charaktereigenschaften sich ergeben, wobei zu bedenken ist, daß nervöse Leute nicht gerade zu den besonders verträglichen oder akkomodationsfähigen Naturen gehören, und das ist ja die notwendige Voraussetzung für ein klagloses Zusammenleben zweier Menschen. Noch schlimmer wird die Sache, wenn beide Teile nervöser Konstitution sind. Aber gerade Psycho- und Neuropathen üben eine große Anziehungskraft aufeinander aus. Für viele Männer hat ein gewisser hysterischer, leicht degenerativer Zug beim weiblichen Geschlechte einen besonderen Reiz, wie auch viele Erscheinungen der modernen Literatur uns zeigen. Andererseits ist wieder zu sagen, daß die Menschen unter Umständen in der Ehe sich an Zustände in einer Weise anpassen und akkomodieren, die den Unbeteiligten, hier den Arzt, in wirkliches Erstaunen versetzen muß. Wie Eulenburg betont, und wie



ich aus eigener Erfahrung bestätigen kann, sind es speziell die Männer, die in dieser Beziehung ganz Erstaunliches leisten.

Wir dürfen weiter nicht vergessen, daß der Ehestand an den Mann wie an die Frau noch in anderer Hinsicht erhöhte Anforderungen stellt. Für den Mann ist es die Sorge um die Erhaltung und Sicherung der Familie und die dadurch bedingte erhöhte Anspannung seiner Kräfte und seiner Arbeitsleistung, für die Frau die erhöhte Verantwortlichkeit, die mit der Führung eines Haushaltes verknüpfte Arbeit und daraus erwachsende Mißhelligkeiten, die Sorge um das Wohl und die Erziehung der Kinder, die nicht selten für nervöse Leute unzweifelhafte Schädlichkeiten darstellen.

Für die Frauen haben wir außer dem Gesagten noch den Einfluß, den Schwangerschaft und Geburt, resp. die Laktation auf den nervösen Zustand nehmen können, in Betracht zu ziehen. Es gibt nervöse Frauen, die sich während der Schwangerschaft, insbesondere während der zweiten Hälfte, so wohl fühlen wie sonst nie. Für viele und zwar nicht nur Laien, gilt darum die Schwangerschaft als eine Panacee für alle möglichen nervösen Leiden. Ein schon als absurd zu bezeichnendes Beispiel der Art ist mir in meiner Praxis begegnet, wo bei einer Frau, die seit vielen Monaten an einer schweren Psychose litt, vom Manne zu „therapeutischen“ Zwecken eine neue Schwangerschaft herbeigeführt wurde. Der Effekt war leider nicht der erwartete; denn nach der normal verlaufenen Schwangerschaft und der glatt vor sich gegangenen Geburt war der Zustand der Frau der gleiche wie vorher.

In vielen Fällen aber bedeuteten für neuro-psychopathische Frauen oder auch solche, wo bloß ein Disposition besteht, die gedachten Momente, insbesondere dann, wenn Komplikationen eintreten, eine zweifellose Gefahr. Bezüglich der Schwangerschaft erinnert R. an das unstillbare Erbrechen, für das ja vielfach eine nervös-hysterische Grundlage angenommen wird, an die Fälle, wo die Schwangerschaft an sich wegen der Angst vor dem zu erwartenden unerwünschten Kindersegen schwere nervöse oder psychopathische Zustände auslöst, die so arg werden können, daß ernste Autoren darin unter Umständen eine Indikation zum Abortus sehen. R. erinnert weiter an das große Heer der im Anschluß an normale, insbesondere aber komplizierte Graviditäten und Puerperien und auch während der Laktation sich entwickelnden Nervenleiden, von der Polyneuritis an zur multiplen Sklerose und Myelitis, die Bedeutung der genannten Momente für die Epilepsie, für die Auslösung von Psychosen usw. Das alles sind so bekannte Dinge, daß ich sie nicht erst durch Beispiele zu belegen habe.

Wir müssen nunmehr ein Moment zur Sprache bringen, dessen Erörterung von der allergrößten Wichtigkeit ist, für den Laien nicht selten der Hauptgrund, uns um unsere Meinung betreffs der Zulässigkeit einer Ehe zu Rate zu ziehen, das ist die Sorge um die Gesundheit der Deszendenz. Die Lehre von der Heredität nervöser und psychischer Erkrankungen, insbesondere wie sie die französischen Autoren aufgebaut haben, ist ja heute, dank auch ihrer Verbreitung in der schönen Literatur, in Dramen und Romanen — als bekannteste Beispiele seien z. B. Ibsens Gespenster und Zolas bekannte Romanserie genannt — schon in das große Publikum gelangt.

Wenn wir zunächst an die numerisch wohl häufigsten Fälle denken, die Nervosität, Neurasthenie und Ähnliches, so können wir uns kurz fassen. Die leichten Fälle ergeben keine Kontraindikation für das Eingehen einer Ehe, hier zeigen sich sogar mitunter ganz evident die oben erwähnten Vorteile der Ehe. R. erlebt es nicht selten, daß Väter mit ihren nervösen Söhnen bei mir erscheinen, die angeben, daß sie in der Jugend ganz ähnliche Zustände gehabt hatten, die sich dann im Laufe der Zeiten wieder vollständig verloren haben, was mindestens zum Teil auf Rechnung des günstigen Einflusses der Ehe kommt. Wir können also solchen Individuen, die sich mit der „Gewissensfrage“ an den Arzt wenden, ob sie heiraten dürfen, im allgemeinen wohl unbedenklich unsere Zustimmung geben. Besteht schwere hereditäre Belastung, dann wird man immerhin etwas zurückhaltender sein müssen, aber durchaus nicht in jedem Falle die Ehe verbieten. Bedenklicher ist die Sache bei den schweren Fällen von konstitutioneller Neurasthenie, Zwangsvorstellungen, Neurosen und ähnlichen. Hier können die Schwierigkeiten der Ehe wirklich eine Verschlimmerung des Zustandes bedingen. Solche Individuen sind auch mitunter recht unverträgliche, unleidliche Haustyrannen. Das Minimum an Reserve unsererseits wird es in solchen Fällen sein, wenn wir verlangen, daß die hier ja nicht seltenen akuten Verschlimmerungen, denen wieder bessere Perioden folgen können, durch eine Behandlung günstig beeinflußbar sich erweisen müssen. (Mediz. Klinik Nr. 7.)

(Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 21. Februar 1908.

Max Jerusalem hat im Laufe eines Jahres mit den großen Bier-Klappschen Apparaten Kontrakturen und Ankylosen behandelt (35 Fälle) und stellte zehn zum Teile geheilte, zum Teile wesentlich gebesserte Patienten vor, weiters zeigt er Röntgenplatten und Photographien. Seine Erfahrungen gehen dahin, daß bei Knie- und der Ellbogenankylosen der Widerstand des versteiften Gelenkes die im Sinne der Beugung wirkende Kraft des äußeren Luftdruckes teilweise paralysiert. Um diesem Mangel abzuhelfen, wird durch entsprechend angebrachte Fesseln und Gurten die zu beugende Extremität fixiert, bevor die Luftpumpe in Aktion tritt. Schließlich zeigt Vortr. noch drei neue, einfache Meßapparate zur Bestimmung von Gelenksexkursionen, die er Arthrometer benennt.

Anton Bum nimmt die Mobilisierung der Syndesmosen zunächst manuell vor, weil er auf diese Weise das unbeabsichtigte Zustandekommen eines Brisements am sichersten vermeidet. Gute Unterstützung hat er hiebei in der Bierschen Stauung gefunden, welche die Schmerzen mindert, die Pat. daher toleranter macht. Erst dann, wenn die Dehnung der Adhäsionen zum großen Teile erfolgt ist, verwendet er Apparate, um das Erreichte zu sichern und womöglich zu steigern.

Jerusalem widerlegt die Behauptung Bums, daß die behandelte Extremität im Apparate unkontrollierbar und eventuell durch zu starke Wirkung des negativen Druckes gefährdet sei, da ja die Apparate teils ganz aus Glas gefertigt seien, teils gefenstert, so daß jederzeit der Grad der Hyperämie und überhaupt der Zustand der behandelten Extremität ohne weiteres festgestellt werden kann. Die wirkende Kraft kann ja allmählich gesteigert und so fein reguliert werden, wie dies bei manueller Kraft kaum möglich ist.

Robert Lichtenstern stellt einen Fall mit seltener genitaler Mißbildung vor. Der 25jährige kräftig gebaute Mann zeigt sonst somatisch keine Abnormitäten. Das Skrotum besteht aus zwei sackförmigen Anteilen, in denen je ein gut entwickelter Hoden liegt. Die beiden Skrotalhälften inserieren etwa in der Gegend des Anulus inguinalis externus und hängen über einen kurzen, hypoplastisch entwickelten Penis herab, diesen portierenartig deckend. Die Samenstränge verlaufen nach ihrem Austritte aus dem Leistenkanale bogenförmig gegen die Symphyse und hier sehr nahe aneinanderliegend gegen die Hoden nach abwärts abzweigend. Der Penis zeigt eine Andeutung von Eichelhypospadie, wie eine sehr geringe Entwicklung der Corpora cavernosa. Im erigierten Zustande soll nach Aussage des Pat. der Penis 5 bis 6 *cm* Länge erreichen, doch ist seine axiale Richtung nach abwärts gekehrt.

Artur Goldreich demonstriert einen sechs Monate alten, hereditär-luetischen Säugling mit Perforation des Nasenseptums. Die perforative Nasensyphilis ist im Säuglingsalter ein seltenes Vorkommnis. Es handelt sich in diesen Fällen gewöhnlich nicht um ein solitäres Gumma, sondern um einen entzündlich hyperplastischen Prozeß der Mukosa, der sekundär auf das Perichondrium und den Knorpel übergreift und schließlich zur Usurierung desselben führt.



Ludwig Moszkowicz demonstriert ein sechsjähriges Kind mit Myxödem infolge von Thyreoaplasie, dem er vor 3 Monaten ein etwa 3 bis 4 *cm*³ großes Stück einer Struma parenchymatosa, das bei einer Kropfoperation gewonnen wurde, in die Tibia implantierte. Das operierte Kind hat sich namentlich in der Psyche sehr geändert, ist um 2 *cm* gewachsen. Diese Besserung kann jedoch auch die Folge der Resorption der implantierten Schilddrüse sein; erst wenn die Besserung dauernd und sehr auffallend sein sollte, können wir annehmen, daß die Drüse eingeheilt ist und funktioniert.

Anton Frh. v. Eiselsberg hat als Ort der Einheilung die Stelle zwischen Faszie und Peritoneum gewählt, weil nach angestellten Tierexperimenten an diesem Orte die Einheilung erfolgen kann. Zu einer Implantation in die Milz konnte er sich ebensowenig wie ins Knochenmark entschließen, weil er diesen Eingriff für zu schwer hält.

Ludwig Moszkowicz wählt das Knochenmark als Implantationsstelle, weil es häufig Sitz der Metastasen des Adenokarzinoms der Schilddrüse ist und er daraus schließen zu können glaubt, daß eine gewisse Affinität zwischen diesem Gewebe und der Schilddrüse bestehen könnte, was auch Payr annimmt. Auch scheinen die Zirkulationsverhältnisse im Knochenmarke ähnlich günstig zu sein wie in der Milz.

v. Eiselsberg erscheinen diese Gründe nicht plausibel, und hätten nur dann Berechtigung, wenn ein Dauerresultat damit zu erzielen wäre.

Arthur Biedl tritt für die Transplantationsmethode Moszkowicz ein, da sich nach seinen experimentellen Erfahrungen die Milz und so auch das Knochenmark, wo die Ernährung und Vaskularisation des Gewebstückes rascher und leichter eintreten können, besser eignen als das subfasziale Gewebe zur Transplantation.

Wilhelm Knöpfelmacher demonstriert ein drei Monate altes Chinesenkind, welches neben dem typischen Mongolenhabitus den für die Mongolenrasse als charakteristisch geltenden blauen Kreuzfleck in der Haut oberhalb des Kreuz- und Steißbeines aufweist. Bei europäischen Kindern ist der Kreuzfleck seltener, aber immerhin öfters vorhanden, so daß man daher nicht berechtigt ist, den Kreuzfleck als ausschließliches Merkmal der Mongolen- und der Malayenrasse gelten zu lassen. Das demonstrierte Kind weist überdies noch eine Erythrodermia desquamativa neonatorum auf. Die Prognose dieser Krankheit ist eine recht ungünstige.

Oskar Stoerk referiert über die morphologischen Erscheinungsformen des Nebennierenproduktes. Die bisherigen Beschreiber legten insbesondere die Körnchen des Zellprotoplasmas als Sekretionsprodukt aus und hielten sie für identisch mit den Blutkörnchen Redner konnte sich von dieser Identität nicht überzeugen, vielmehr sehr wesentliche differentielle Merkmale konstatieren. Das Hauptelement des Markzellprotoplasmas stellen dichtgelagerte, äußerst zarte Granula vor; daneben finden sich vereinzelt gröbere Körnchen und in gesetzmäßiger Anordnung stäbchenartige Strukturen. Es liegt nahe, alle diese Elemente mit den feineren Protoplasmastrukturen sekretorischer Epithelien zu analogieren. Das Hauptelement, die feinen Körnchen, können chromopositiv oder chromnegativ erscheinen, was wir als unterschiedliche Sekretionsphasen deuten möchten. Die Chromierung tritt auch im intergranularen Plasma auf und kann sich schließlich auch im Kerninneren geltend machen. Vermutlich durch Diffusion gelangt das chromaffine Sekretionsprodukt in das Lumen der Kapillaren und kleinen Venen, woselbst es in wechselnder Reichlichkeit, entsprechend dem wechselnden sekretorischen Verhalten der Markzellen selbst (auch in einer und derselben Nebenniere) in schönster Weise zur Ansicht kommt.

Die Annahme, daß der Übertritt des Sekretionsproduktes vom Markzelleibe in das Gefäßlumen auf dem Diffusionswege erfolgt, steht im Einklange mit dem erhabenen Befunde der kontinuierlichen Endothelauskleidung der Gefäße; die Annahme Manasses, eines Überfließens im Bereiche von Enthotheldefekten der Markgefäßchen, muß als irrtümliche Beobachtung bezeichnet werden.

Hans v. Haberer befaßt sich seit längerer Zeit mit der Untersuchung über das Verhalten der in die Niere transplantierten Nebenniere. Was die Technik dieser Untersuchungen betrifft, so hat Redner, um ein Zugrundegehen der Nebenniere zu verhüten, dieselbe bis auf einen zarten Gefäßstiel mobilisiert und sie an letzterem belassend, in die Niere transplantiert. Als Versuchstiere dienten Hunde, aber auch Katzen und Kaninchen. Da an die Nebenniere dieser Tiere von allen Seiten Gefäße herantreten — am ausgesprochensten ist dieses Verhalten beim Hunde — so kann man nach Durchtrennung aller übrigen Gefäße die Nebenniere an einem zarten kranialen oder, was sich noch als bequemer erwies, kaudalen Gefäßstiele belassen und in eine Resektionswunde der Niere transplantieren. Die Untersuchungen sind jetzt nahezu abgeschlossen und es kann behauptet werden, daß es möglich ist, die mittels Gefäßstiel in die Niere transplantierte Nebenniere dauernd am Leben zu erhalten, auch dann, wenn der Gefäßstiel sekundär verödet, wodurch sich unsere Versuche von den bisher in der Literatur niedergelegten unterscheiden. Diejenigen von den transplantierten Nebennieren, welche am Leben bleiben, beginnen in kürzester Zeit meist schon innerhalb der ersten Woche nach der Operation zu hypertrophieren und man kann behaupten, daß eine transplantierte Nebenniere, die innerhalb der angegebenen Zeit nicht deutliche Zeichen der Hypertrophie darbietet, schon durch den Mangel an Hypertrophie den Beginn regressiver Veränderungen beweist.

Alois Kreidl bemerkt zu den Ausführungen von Stoerk und v. Haberer, daß es sich hier um eine Dislokation der Nebenniere in ein anderes Milieu (die Niere) handle, und es ist daher, da die Blutversorgung, wenn auch vielleicht anfangs vermindert, fortbesteht, nahezu selbstverständlich, daß solche Nebennieren sowohl in ihrem histologischen als auch in ihrem physiologischen Verhalten von normalen nicht abweichen.

Biedl bemerkt zu den Ausführungen Stoerks, daß er schon vor Jahren feststellen konnte, daß das wirksame Nebennierensekret nicht nur im Blute, sondern auch in dem von körperlichen Elementen freien Blutserum der Nebennierenvenen enthalten ist, ferner daß die für das Sekret gehaltenen Körnchen im nativen Venenblute in einer amorphen, plasmatischen Masse eingebettet gefunden werden, welche die Chromreaktion gibt. Weiters, daß während der Splanchnikusreizung gleichzeitig mit der Abnahme der Menge des im Venenblute ausgeschiedenen amorphen Sekretes eine sehr erhebliche Verminderung der Zahl der Leukozyten (z. B. von 11.500 auf zirka 3000) nachzuweisen ist. Zu den Ausführungen v. Haberers bemerkt er, daß er seines Erachtens in seinen Versuchen zunächst nur Dislokationen der Nebenniere ausgeführt hat, bei welchen erst sekundär, wenn der ursprüngliche Gefäßstiel bereits verödet und die neue Vaskularisation eingetreten ist, von einem transplantierten Organe gesprochen werden kann. Ähnliche Dislokationen der Nebenniere nicht in die Niere, sondern mit Belassung eines Gefäßstieles in das subkutane Gewebe habe er schon vor mehreren Jahren vorgenommen. Daß die nach dem Verfahren von v. Haberer in die Niere eingepflanzte Nebenniere in ihrer Funktion nicht gelitten hat, zeigte sich auch an der typischen, starken, blutdrucksteigernden Wirkung der sehr verdünnten Extrakte von zwei solchen anatomisch-hypertrophen Nebennieren, die er zu untersuchen Gelegenheit hatte. In den Versuchen von v. Haberer und Stoerk ist auch der Beweis für die funktionelle Leistungsfähigkeit einer einzigen Nebenniere quoad conservandam vitam erbracht. Wenn wir nun sehen, daß die Versuchstiere nach der Entfernung dieser einen hypertrophen Nebenniere unter bestimmten Erscheinungen in der kürzesten Zeit zugrunde gehen, während doch jeder Kenner der einschlägigen Verhältnisse zugeben muß, daß auch jetzt noch hinreichend große Mengen von chromaffinem Gewebe im Körper zurückgeblieben sind, so dürften wohl auch diese Experimente als Stützen für die von ihm vertretene Anschauung von der funktionellen Bedeutung der Nebennierenrinde verwertet werden können. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 6. Februar 1908.

Karl Leiner stellt einen 10jährigen Knaben mit Epidermolysis bullosa hereditaria vor, jener Dermatose, die im wesentlichen darin besteht, daß die Haut infolge einer angeborenen Disposition auf jeden stärkeren mechanischen Reiz mit Blasenbildung reagiert. Bei dem Knaben sollen nach Angabe der Mutter die ersten Blasen bereits in den ersten Lebenswochen an den Füßen aufgetreten sein. Seit dieser Zeit ist es immer wieder zu einer mehr minder starken Eruption von Blasen hauptsächlich an jenen Körperstellen gekommen, die fortwährend einem stärkeren Drucke ausgesetzt sind (Handflächen, Fußsohlen und Streckseiten der Extremitäten). Auch wiederholter Nagelwechsel sei vorgekommen. Die Nägel sind brüchig, einzelne abnorm gekrümmt, am zweiten und dritten Finger der linken Hand hochgradig verkümmert. Therapeutisch läßt sich bei dieser Krankheit nicht viel erreichen. Eine Schwester des Pat. leidet ebenfalls an dieser Krankheit.

Erwin Popper zeigt das Präparat der Leber und Milz eines an atrophischer, nicht alkoholischer Leberzirrhose gestorbenen 11jährigen Knaben. Das Kind hatte vor 2 Jahren Diphtherie durchgemacht. In der letzten Zeit bestanden Bluterbrechen, blutiger Stuhlgang, ferner leichter Ikterus und hochgradige Anämie (2,000.000 rote Blutkörperchen). Die Brustorgane waren normal, in der Peritonealhöhle fand sich ein Erguß, die Leber war nicht tastbar, ihre Dämpfung zwischen der vierten und siebenten Rippe, die Milz vergrößert. Ödeme der unteren Extremitäten. Da Tuberkulose und Lues auszuschließen waren, der Blutbefund bloß eine hochgradige Anämie ergab, wurde die Diagnose auf atrophische Leberzirrhose gestellt. Die Talmasche Operation war ohne Erfolg. Nach $4^1/_2$ Monate starb das Kind unter hochgradiger Kachexie. Die Obduktion ergab eine Leber im Gewichte von 480 *g*, also beiläufig vom halben Gewicht der normalen in diesem Alter. Auf dem Durchschnitte zeigt sich das typische gekörnte Bild der diffusen interstitiellen Hepatitis, dem entspricht auch der mikroskopische Befund. Die Milch zeigt einige Infarkte. Was die Ätiologie des Falles betrifft, so ist Alkohol auf Grund der Anamnese unbedingt auszuschließen, ebenso Lues, letztere auf Grund des Obduktionsbefundes. Es bleibt also als einziger Anhaltspunkt die der Erkrankung unmittelbar vorausgegangene schwere Diphtherie.

Siegfried Weiß demonstriert einen Apparat zur Gewinnung steriler Kindermilch. Er besteht aus einem Trichter mit einem Vorsieb, welches die groben Verunreinigungen der Milch zurückhält, ferner mit einer Doppellage von Metallsieben, zwischen welchen eine in Gaze gehüllte Wattelage sich befindet. Am unteren Ende der Trichters ist ein Milchzerstreuer angebracht. Das Sieb steht auf einem zylindrischen, einen Liter fassenden Blechgefäß und dieses in einem Kühleimer, welcher mit Korksteinplatten ausgekleidet ist. Der Kühleimer wird mit einer Mischung von 1 *kg* Eis mit je 100 *g* Kochsalz und Salmiak beschickt. Die Milch wird kühl binnen 40 Minuten auf 7°, ihre Temperatur sinkt dann weiter auf 0° oder darunter und behält diesen Kältezustand durch zirka 9 Stunden, so daß während dieser Zeit die Entwicklung von Bakterien und Gärungserregern gehemmt ist.

R. Neurath fragt, wie es erkannt wird, daß das Milchgefäß voll ist.

Th. v. Genser fragt, ob die Milch nicht gefrieren kann.

Weiß erwidert, daß die melkende Person erfahrungsgemäß das gemolkene Quantum abschätzt; eine Gefrierung schadet der Milch nicht.

Aug. v. Reuss: Zuckerausscheidung im Säuglingsalter. Fruchtzucker im Harne des Säuglings ist bisnun noch nicht beobachtet worden. Die Laktose wird im Organismus entweder vergoren oder er wird in ungespaltenem oder gespaltenem Zustande resorbiert; die Spaltungsprodukte sind Traubenzucker und Galaktose. Ungespaltener Milchzucker kann nicht verdaut werden. Der Traubenzucker wird entweder direkt oxydiert oder zu Glykogen polymerisiert; das Pankreas spielt bei der Verdauung des Traubenzuckers eine Rolle, über welche Näheres nicht bekannt ist. Galaktose und Fruchtzucker (Lävulose) werden ebenfalls zu Glykogen umgewandelt oder verbrannt. Die molekulare Umwandlung dieser Zuckerarten zu Glykogen scheint in der Leber stattzufinden, deshalb weist das Auftreten dieser Zuckerarten im Harn auf eine Erkrankung der Leber hin. Das Vorkommen von Laktosurie beim Säugling ist schon lange bekannt; sie kommt neben Galaktosurie bei schweren Magendarmstörungen vor; dabei braucht keine Schädigung des intermediären Stoffwechsels vorzuliegen. Es ist hiebei der Milchzucker der Spaltung im Darm entgangen, weil entweder ein Fermentmangel vorliegt — ein solcher ist bisher nicht nachgewiesen worden — oder die Darmwand so geschädigt ist, daß sie den ungespaltenen Zucker durchtreten läßt. Galaktosurie wurde bei schweren Fällen von alimentärer Intoxikation beobachtet; wahrscheinlich beruht sie auf Degenerationsprozessen der Leber. *i. m.*

IV. Wochenschau.

Von **Spektator.**

I.

(Die neuen Gebärkliniken, die Enquete über die Geschlechtskrankheiten.

Es ist nicht Sache des Arztes, Politik zu treiben, und hätte einer oder der andere Kollege Neigung dazu, so sind die Verhältnisse in Österreich wahrlich darnach geartet, ihm diese Beschäftigung gründlich zu verleiden. Man sieht daher in Ärztekreisen mit einer gewissen Resignation zu, wie sich eine bildungs- und daher auch ärztefeindliche Partei die Herrschaft in Stadt und Land zu erringen wußte.

Jedenfalls aber sollte man diese Gemütsart nicht so weit treiben, bei Gelegenheit von Kongressen und Festmählern den jetzigen Gewalthabern seine Reverenz zu bezeugen; für solche Selbstvergessenheit gibt es nur eine Entschuldigung, — die Wirkung des Alkohols.

Jedoch bringen es unsere Kommunalpolitiker zuwege, daß selbst der Unpolitischeste gezwungen wird, sich mit Politik zu befassen, weil sie mit ihren täppischen Fingern sich in wissenschaftliche Fragen einmengen, anstatt ihre Altweiber- und Dürrkräutlerweisheit für sich zu behalten. Die Verhältnisse sind soweit gediehen, daß einer der Senioren der medizinischen Fakultät gezwungen ist, mit seinen Klagen gegen den niederösterreichischen Landesausschuß sich in die Öffentlichkeit zu flüchten. Es ist besonders die Frage der Zuweisung des Krankenmateriales für die neugebauten Gebärkliniken, die ein Gegenstand der Sorgen für Prof. Schauta ist. Er schreibt darüber in seiner Broschüre:

Was die Frage des Krankenmateriales betrifft, so besteht nach den Mitteilungen des seinerzeitigen Referenten im Landesausschusse, Herrn Steiner, welche Mitteilungen derselbe in einer ministeriellen Kommissionssitzung am 1. Febr. 1905 gemacht hat, die Absicht, den beiden Ärztekliniken nur das Material der peripheren Provinzen Österreichs, das Material von Wien und Niederösterreich aber der Hebammenklinik zu überlassen. Nun stammt das Material der Wiener Gebäranstalt, wie die vorliegenden Ausweise zeigen, zur Hälfte aus Wien und Niederösterreich, zur anderen Hälfte aus den peripheren Provinzen. Während jetzt die drei Kliniken sich gleichmäßig in dieses Material teilen und jeder der beiden Ärztekliniken, sowie der Hebammenklinik etwa ein Drittel der gesamten Geburten zufällt, hätten sich nach der Neuordnung der Dinge die beiden Ärztekliniken in die Hälfte des gesamten Materials zu teilen, noch dazu in die sehr schwankende und unsichere Hälfte der peripheren Provinzen, deren Zuzug nach Wien von Verfügungen der betreffenden Landesausschüsse abhängig gemacht werden kann, während der Hebammenklinik allein die andere sichere Hälfte des gesamten Geburtenmateriales zufiele.



Eine Reduktion des jeder Klinik zur Verfügung stehenden Materiales auf ein Viertel oder auch noch weit darunter, müßte die notwendige Folge dieser Maßregel sein. Dazu kommt, daß das operative Material noch in weit höherem Verhältnisse sinken würde wie die Zahl der Geburten, da wir unser operatives Material jetzt zum größten Teile aus Wien und dessen nächster Umgebung beziehen und dasselbe aus Gebärenden besteht, die bei normalem Verlaufe niemals die Anstalt aufgesucht hätten. Das analoge Material kommt aber bezüglich der aus den peripheren Provinzen Stammenden für die Wiener Kliniken nicht in Betracht, da es solchen Gebärenden wegen der weiten Entfernung unmöglich ist, bei plötzlich und unerwartet eintretenden Anomalien die Wiener Gebäranstalt aufzusuchen.

Nach einer diesbezüglich aus dem Materiale meiner Klinik angestellten Berechnung aus den letzten Jahren, würde sich das Material an Placenta praevia, Eklampsie, Sectio caesarea und Kraniotomie unter diesen Verhältnissen auf ein Minimum reduzieren. Gerade dieses Material ist es aber, das die Ärztekliniken notwendig brauchen und das für die Hebammenklinik zum größten Teile überflüssig ist.

Die Lösung dieser Frage befindet sich seit jenem Tage in der Schwebe und es ist dringend notwendig, daß dieselbe noch vor der Übersiedlung der Frauenkliniken in das neue Gebäude, in befriedigender Weise erfolge, da im anderen Falle mit der Übersiedlung in neue moderne Verhältnisse der Unterricht eine schwere und niemals wieder gut zu machende Schädigung erleiden könnte und die Ordnung dieser Angelegenheit nach der vollzogenen Tatsache der Übersiedlung, wenn sie schon jetzt so große Schwierigkeiten bereitet, dann aus den verschiedensten Gründen gewiß nur in einem, dem Unterrichte und der Forschung nachteiligen Sinne gelöst werden dürfte.

Mit dieser Frage der Materialverwaltung und der Übernahme des Materiales in die Staatsverwaltung steht auch die Frage der Übernahme des alten Inventars und die Frage der Errichtung einer Aufnahmskanzlei bei den neuen Kliniken in innigem Zusammenhange. Vieles aus dem alten Inventare, besonders an Wäsche, hätte in das neue Haus hinübergenommen werden, manche Ersparnis hätte so erzielt werden können. Mangels einer diesbezüglichen Entscheidung und da die Zeit drängte, mußte alles neu bestellt werden.

Es ist ferner unbedingt notwendig, daß die Aufnahmskanzlei bei den neuen Kliniken eingerichtet werde, da im Falle des Verbleibens der Aufnahmskanzlei an ihrer jetzigen Stelle im VII. Hofe, in unmittelbarer Nähe der Hebammenklinik dringende Fälle gewiß nur selten dem relativ weiten Transporte in die neue Klinik unterworfen werden könnten und deshalb der Hebammenklinik zufallen würden, die derselben für ihr Unterrichtsbedürfnis, wie schon oben erwähnt, kaum bedarf.

Übrigens ist ja selbst die Frage, ob die Gebärklinik im neuen Hause in der Verwaltung des Landes verbleibt, oder wie seit Jahren behauptet wird, in die Staatsverwaltung übergehen werde, jetzt, wenige Wochen vor Fertigstellung der Kliniken, noch unentschieden.

Eine weitere wichtige Frage betrifft die Pflegerinnen. An jeder der beiden Frauenkliniken befinden sich jetzt zirka 30 Wärterinnen. Für die neuen Kliniken sind deren 50 erforderlich. Schon seit Jahren hat Direktor Mucha für eine Pflegerinnenschule ein Statut ausgearbeitet. Dieses Statut harrt der Genehmigung. Bis dahin ist Direktor Mucha nicht imstande, die entsprechende Zahl von Pflegerinnen aufzunehmen und unterrichten zu lassen, was doch unbedingt notwendig wäre, sollen dieselben zu Ostern 1908 ihren Dienst an den Kliniken in klagloser Weise antreten. Ob nun aber die neuen Kliniken nach dem alten System mit Wärterinnen versorgt werden, oder ob, was dringend zu wünschen wäre, das von Hofrat Mucha geplante Pflegerinneninstitut aktiviert werden soll, unter allen Umständen muß dieselbe einer sofortigen Lösung zugeführt werden, da es unmöglich erscheint, in einem noch kürzeren Zeitraume, als dem bis zur projektierten Eröffnung noch zur Verfügung stehenden Wärterinnen anzuwerben und auszubilden.

Mit dieser Frage der Wärterinnen hängt noch die weitere Frage nach der Unterbringung derselben zusammen. Bleibt es beim alten System, so werden die Wärterinnen nach wie vor außer Hause wohnen und sind besondere Ubikationen für dieselben nicht erforderlich. Wird das System Direktor Muchas akzeptiert, dann sollen diese Pflegerinnen im Hause wohnen. Für diese Wohnungen wurden ursprünglich Räume in dem stehengebliebenen Teile des Versorgungshauses in Aussicht genommen und durch Zubauten erweitert. Da nun aber einer neueren Version zufolge dieses Mittelgebäude angeblich einer anderen Bestimmung zugeführt werden soll, so wurde im Juli 1907 die Anfrage an die klinischen Vorstände gerichtet, ob sie imstande wären, die Pflegerinnen eventuell auch in den Hauptgebäuden unterzubringen. Um der Sache förderlich zu sein, haben sich die klinischen Vorstände bereit erklärt, sich in bezug auf den Belagraum eine Beschränkung aufzuerlegen. Demgemäß haben dieselben gewisse Räume im Hochparterre der beiden Kliniken für die eventuelle Unterbringung der Pflegerinnen zur Verfügung gestellt. In dieser Angelegenheit ist bis heute jedoch nach keiner Richtung eine Entscheidung erflossen und ruht die bauliche Einrichtung der betreffenden Räume, da man heute noch nicht weiß, ob dieselben der ursprünglichen Bestimmung als Krankenräume, oder der Bestimmung als Wohnräume für die Pflegerinnen zugeführt werden sollen. In den meisten dieser Räume ist deshalb noch nicht einmal der Fußboden gelegt und sind auch die Wände noch nicht gestrichen.

Auch diese Frage muß also einer sofortigen definitiven Lösung zugeführt werden.

Eine dritte wichtige Frage betrifft die Verköstigung der in die neue Klinik unterzubringenden 300 Pfleglinge. Dieselben sollen, wenn die Gebäranstalt in die Staatsverwaltung übergeht, zur Verköstigung aus der Küche des Allgemeinen Krankenhauses kommen, während sie bis jetzt aus der Küche der Gebäranstalt gespeist wurden. Für diese 300 Köpfe reicht der Raum und die Einrichtung der jetzigen Krankenhausküche nicht aus. Diese 300 zu verköstigenden Kranken werden sich aber auf 600 erhöhen, wenn, wie geplant, in die alten Räume im VIII. und IX. Hofe des jetzigen Allgemeinen Krankenhauses Kranke verlegt werden. In richtiger Erkenntnis dieser Tatsache hat Direktor Mucha schon vor vielen Monaten eine diesbezügliche Eingabe mit der Bitte um Erweiterung der jetzigen Küchenanlagen an die Behörden verfaßt. Bis jetzt ist auch diese Eingabe unerledigt geblieben.

Der letzte Punkt endlich betrifft die Frage der Sterilisation. Dieselbe soll eine zentrale sein. Auch die Sterilisieranlagen müssen eine Erweiterung erfahren, aus denselben Gründen, die bereits bei der Frage der Verköstigung erörtert worden sind. Auch die diesbezügliche Eingabe ist nur zum kleinsten Teile genehmigend erledigt worden und steht in innigem Zusammenhange mit dem großen Komplexe der hier angeführten Fragen.

Es ist allerdings richtig, daß durch die Erweiterung der Küche und durch die Erweiterung der Sterilisation neue Investitionen im alten Hause erforderlich werden. Das liegt aber im System der Einteilung des Baues der neuen Kliniken in verschiedene Bauperioden, deren vorläufig drei angenommen sind. Hätte man sich entschlossen, sämtliche Kliniken in einer einzigen Bauperiode auszuführen, wie das in so großartiger Weise das Land bezüglich der Bauten der neuen Irrenanstalt getan hat, so wären alle diese Provisorien und provisorischen Adaptierungen mit ihren notwendigen und sehr empfindlichen Ausgaben überflüssig geworden. Da aber dieses System der Trennung der Ausführung der Neubauten in verschiedene Bauperioden seitens der hohen Behörden einmal beschlossen worden ist, bleibt nichts übrig, als daraus auch die Konsequenzen zu ziehen, um auf lange Zeit hinaus gleichzeitig die alten Räume und die neuen Bauten betriebsfähig zu erhalten.



Im übrigen können alle die maschinellen Einrichtungen, die zu diesem Zwecke im alten Hause aufgestellt werden mußten, seinerzeit in das neue Haus übertragen werden, so daß also ein wesentlicher Verlust nicht zu resultieren braucht, oder es könnte auch sofort an den Bau des neuen Administrationsgebäudes geschritten werden, das dann bis auf weiteres auch die alten Kliniken zu versorgen hätte.

Es muß ausdrücklich bemerkt werden, daß, wenn auch nur eine einzige dieser wichtigen, hier angeführten Fragen in den nächsten Wochen ungelöst bleibt, die Übersiedlung der Kliniken in das neue Gebäude im Frühjahre 1908 ausgeschlossen ist, da kein klinischer Chef sich entschließen kann, in ein, wenn auch noch so vollkommen eingerichtetes Gebäude einzuziehen, in dem ihm die wichtigsten Voraussetzungen für den tadellosen Betrieb fehlen.

Eine andere Frage, die die Öffentlichkeit beschäftigt, ist die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; das Verdienst, diese Frage bei uns in Fluß gebracht zu haben, gebührt den Professoren Finger und Ehrmann. Mit welchen Schwierigkeiten sie dabei zu kämpfen hatten, beweist eine Bemerkung, die das Leibblatt der herrschenden Partei zu der Enquete macht, die von den Genannten zur Klärung der Sachlage veranstaltet wurde. Dieses Blatt erklärt, daß es keinen Bericht über die Enquete bringe, weil „es die sittlichen Gefühle seiner Leser schonen wolle." Difficile est, satiram non scribere.

Das Programm der Enquete lautet: Programm der Enquete über die Ursache der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und die Bekämpfung dieser Erkrankungen, im großen Saale der Handels- und Gewerbekammer, I., Stubenring 8—10, 7 Uhr abends. Donnerstag, den 5. März 1908: Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. Montag, den 9. März 1908: Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Donnerstag, den 12. März 1908: Provozierende Momente: *a)* Lohnverhältnisse, *b)* Wohnungsverhältnisse, *c)* Das sexuelle Moment in Kunst und Literatur, Pornographie, *d)* Alkohol. Montag, den 16. und Donnerstag, den 19. März 1908: Öffentliche und geheime Prostitution. Montag, den 23. März 1908: Sexuelle Aufklärung. Donnerstag, den 26. März 1908: Behandlung der Geschlechtskrankheiten. Montag, den 30. März 1908: Geschlechtskrankheiten und Strafgesetz. Wir werden über den Verlauf der Enquete berichten.

V. Literatur.

Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik. Von Prof. E. v. Neusser. 3. Heft. Dyspnoe und Cyanose. Verlag Ad. Braumüller, Wien-Leipzig. 1907.

Die vorliegenden drei Vorlesungen schließen sich inhaltlich und äußerlich den früher erschienenen völlig an. Wieder zeigt sich weitausgreifendes allgemein diagnostisches Umfassen gepaart mit individualisierender Vertiefung in den einzelnen Fall, mit dementsprechender therapeutischer Spezialisierung.

Grundriß der deskriptiven Anatomie des Menschen. Von Prof. J. Sobotta. 3. Abteilung. Lehre von den Gefäßen, Nerven und Sinnesorganen. Verlag J. F. Lehmann. 1907.

Diese als Texterklärung zu dem zugehörigen Atlas des Verfassers gedachte Anatomie läßt an Vollständigkeit nichts zu wünschen übrig, ein sonst bei ähnlich angelegten Werken oft zu bemerkender Mangel.

Atlas der deskriptiven Anatomie des Menschen. Von Prof. J. Sobotta. 3. Abteil. 2. Lief. Sinnesorgane und Lymphgefäßsystem des Menschen. Lehmanns medizinische Atlanten. Band IV. München. J. F. Lehmanns Verlag. 1907. Mit 1 lithograph. Tafel und 108 Abbildungen.

Diese so schwer anschaulich darzustellenden Partien der menschlichen Anatomie verlieren durch die prächtigen Abbildungen alle Schwierigkeit des Begriffen- und Erkanntwerdens.

VI. Aus der Praxis.

Arhovin als internes Antigonorrhoikum bei der Gonorrhoe des Mannes. Von Dr. M. Dreysel, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Leipzig. („Fortschritte der Medzin" Nr. 4, 1908.)

Bei Arhovin ist der bisher übliche Weg, ein inneres Antigonorrhoikum zu schaffen, ganz verlassen worden. Arhovin ist kein Balsamikum, hat mit den Balsamizis überhaupt nichts zu tun; es ist ein Additionsprodukt des Dyphenylamins und der esterfizierten Thymylbenzoesäure.

D. erprobte Arhovin bei 47 akuten, 8 subakuten und 3 chronischen — sämtlich ambulanten Fällen. Er beurteilt den Wert des Arhovins nach rein praktischen Gesichtspunkten, wie folgt:

1. An Verträglichkeit und Reizlosigkeit ist das Arhovin wohl jedem anderen inneren Antigonorrhoikum überlegen, vom Magen wird es vorzüglich vertragen, auch bei 12 Kapseln pro Tag 6 Wochen lang. Niemals wurde, wie mitunter durch die Balsamika, eine Reizung der Blase oder Niere verursacht, auch bei stark entzündeter, sehr empfindlicher Blase konnte Arhovin stets anstandslos genommen werden.

2. Die subjektiven Beschwerden in der Pars anterior, also das Brennen beim Urinieren und die schmerzhaften Erektionen, wurden im allgemeinen durch Arhovin recht günstig beeinflußt. Bei ausschließlich innerer Behandlung (17 akute unkomplizierte Gonorrhoen) nahmen Menge und Eitergehalt des Sekrets allmählich ab, dagegen wurde eine Heilung nicht erzielt, ebenso wenig wie mit irgend einem anderen Antigonorrhoikum allein. Man muß also unbedingt neben Arhovin möglichst frühzeitig mit einer lokalen Behandlung einsetzen.

3. Bei Erkrankung der hinteren Harnröhre resp. Blase — 26 akute, 8 subakute, 3 chronische Fälle — wurden die subjektiven Beschwerden noch günstiger beeinflußt als bei der Gonorrhoe der Anterior allein. Brennen, Harndrang, Schmerzen in der Blasengegend ließen meist innerhalb weniger Tage nach, nur ausnahmsweise blieben sie 2—3 Wochen bestehen.

Die Azidität des Urins wird durch Arhovin entschieden verstärkt. Die Trübung wurde auch meist in recht günstiger Weise beeinflußt, in wenigen Fällen trat auch bei starker Trübung und schweren Entzündungserscheinungen überraschend schnell völlige Klärung ein. Je weniger die Prostata am Entzündungsprozeß beteiligt war, um so eher läßt sich auf Klärung des Urins rechnen.

4. Zur Erprobung der prophylaktischen Wirksamkeit des Arhovins standen 23 Fälle von akuter unkomplizierter Gonorrhoe der Anterior zur Verfügung. Bei 6 von diesen trat eine Beteiligung der Posterior zum Teil in sehr geringem Grade ein. Während D. sonst bei seinem Material 80—90% Komplikationen aufzuweisen hat, hat er demnach bei Arhovin nur 26%. (Ein Kranker, der 3 Wochen unter Arhovingebrauch frei von Komplikationen geblieben war, und dann eigenmächtig Arhovin weggelassen hatte, bekam kurze Zeit später eine Urethritis posterior und daran anschließend eine Epididymitis.) Diese bedeutende prophylaktische Wirksamkeit ist es vor allem, die das Arhovin wertvoll macht. Zusammenfassend sagt D., „Arhovin" ist ein sehr gutes Adjuvans in der Gonorrhoetherapie, das ausgezeichnet vertragen wird, das neben der Lokalbehandlung möglichst frühzeitig angewandt, die Beschwerden lindert, das Auftreten von Komplikationen erschwert, das bei Erkrankung der hinteren Harnwege vielfach Heilung herbeiführt und zwar um so sicherer, je frischer, je weniger intensiv die Entzündung, und je weniger eine Beteiligung der Prostata vorhanden ist.

Die Behandlung von Dyspepsie mit Extractum Chinae Nanning. Von Dr. Richard Pick.

Verfasser hat Extractum Chinae Nanning bei folgenden Krankheiten auf seine Wirkung beobachtet:

a) Dyspepsie bei subakuten und chronischen Magenerkrankungen (Katarrhen) 14 Fälle:



b) Dyspepsie bei Chlorose 4 Fälle;

c) Dyspepsie bei Tuberkulösen 8 Fälle;

d) Dyspepsie in der Rekonvaleszenz nach schweren, fieberhaften Erkrankungen 5 Fälle;

e) Dyspepsie nach Quecksilberkuren 3 Fälle.

Daß man selbst in viele Jahre dauernden Fällen von chronischem Magenkatarrh mit dem Extr. Chinae Nanning eine deutliche, befriedigende Wirkung erzielen kann, zeigen verschiedene Krankengeschichten.

Er versuchte ferner Extract. Chinae Nanning in vier Fällen von Chlorose, bei welchen die besten Eisenpräparate versagt hatten; mit Genugtuung konnte er bald in allen diesen Fällen eine sehr rasch eintretende, stetig zunehmende Besserung der dyspeptischen Beschwerden konstatieren.

Die Dyspepsien Tuberkulöser erfordern in ganz besonderem Maße die Aufmerksamkeit der Ärzte.

Liegt der Appetit darnieder und das ist ja leider bei der Phthise sehr häufig der Fall, dann gelingt es uns nur sehr schwer, dem stetigen Fortschreiten der schrecklichen Krankheit Einhalt zu tun. In derartigen Fällen leistet, wie er sich wiederholt (8 Fälle) überzeugte, der Nanningsche Chinarindenextrakt ganz hervorragende Dienste als symptomatisches Mittel in der Phthiseotherapie, indem er den vorher appetitlosen, die Nahrung nur ungern zu sich nehmenden Patienten den sehnlich erwünschten, äußerst notwendigen Appetit verschafft.

Außerdem leistete ihm das Extractum Chinae Nanning bei fünf Fällen von Dyspepsie nach schweren, fieberhaften Krankheiten und in drei Fällen von Dyspepsie nach Quecksilberkuren schätzenswerte Dienste und erwähnt, daß der Nanningsche Chinarindenextrakt durchwegs gut vertragen wurde. Unangenehme Nebenwirkungen hat er nicht beobachtet. (Österreichische Ärztezeitung.)

VII. Notizen.

Auszeichnungen. Dem Oberbezirksarzte Dr. Joh. Tamaro in Triest und dem Konsulararzte in Salonik Dr. Karl M. Ehrenfreund wurde das Ritterkreuz des Franz Joseph-Ordens verliehen.

Wien. Dem praktischen Arzte Dr. Alois Gruber in Wien wurde der Titel eines kaiserlichen Rates verliehen.

Budapest. Dr. Hudovernig hat sich für Neurologie und Psychiatrie habilitiert.

Krakau. Dem Privatdozenten Dr. Alexander Baurowicz (Laryngologie, Rhinologie, Otiatrie) und Dr. Kasimir Majewski (Augenheilkunde) in Krakau wurde der Titel eines a. o. Universitätsprofessors verliehen.

Berlin. Dr. Ernst Weber hat sich für Physiologie und Dr. W. Lange für Ohrenkrankheiten habilitiert.

Leipzig. Dr. E. v. Brücke habilitierte sich für Physiologie.

Halle a. S. Professor Dr. Adolf Schmidt, Direktor der medizinischen Klinik wurde als Nachfolger v. Merings zum Direktor der medizinischen Klinik ernannt.

Der 25. Kongreß für innere Medizin findet vom 6. bis 9. April 1908 zu Wien im Universitätsgebäude statt. Das Präsidium übernimmt Prof. Friedrich Müller, München. Folgendes Thema soll zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Montag, den 6. April: Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen. 1. Referat: Prof. Dr. v. Rosthorn, Heidelberg. 2. Referat: Prof. Dr. Lenhartz, Hamburg. Weiter kommen am zweiten und dritten Sitzungstag, zur Verhandlung: Über die neueren klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktionen und ihre Ergebnisse. Vortrag von Prof. Dr. A. Schmidt, Halle. Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Syphilis. Vortrag von Prof. Dr. Neisser, Breslau. Eine große Anzahl weiterer Vorträge ist bereits angemeldet. Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind zu richten an Prof. Dr. Schlesinger, Wien I., Ebendorferstraße 10.

Der 7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird in der Osterwoche am Sonnabend, den 25. April, dem Tage nach dem Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, im Langenbeck-Hause, Ziegelstraße 10/11 in Berlin stattfinden. Es sind folgende Zusammenkünfte in Aussicht genommen: 1. Am Vorabend, Freitag, den 24. April, eine Sitzung zur Demonstration von Projektionsbildern (ebenfalls im Langenbeck-Hause). 2. Die offizielle Eröffnungssitzung am 25. April, vormittags 9 Uhr. In derselben wird Herr Prof. Dr. O. Fischer aus Leipzig einen einleitenden Vortrag über die Wirkung der Muskeln halten. 3. Eine Nachmittagssitzung von 2—4 Uhr. In dieser Sitzung findet die Generalversammlung statt. 4. Nach einer zweiten Pause Beginn der Besprechung über die Krüppelfrage um 5 Uhr. Zu dieser Sitzung werden die Vorsteher der größeren deutschen Krüppelanstalten und die Regierungsvertreter der deutschen Bundesstaaten eingeladen





werden. Einleitendes Referat der Herren Biesalski (Berlin) und Rosenfeld (Nürnberg) über bisherige Krüppelfürsorge und rationelle Hilfe nach dem heutigen Standpunkte der Orthopädie. Mit dem Kongreß ist eine kleine Ausstellung von Plänen, Statistiken usw. von Krüppelanstalten verbunden. Auf Antrag werden die Transportkosten für die auszustellenden Gegenstände von der Gesellschaft getragen. Es ist dafür Sorge getragen, daß ein Bericht über die Verhandlungen des Kongresses in die Tagespresse gelangt. Vorzustellende, von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh. Rat Professor Dr. Bier (Ziegelstraße 5/9) Aufnahme. Vorträge und Mitteilungen bittet man möglichst bald — spätestens bis zum 15. März — bei Herrn Professor Dr. Joachimstal, Berlin W., Magdeburger Straße 36, anzumelden. Der Anmeldung ist eine kurze, höchstens eine halbe Druckseite betragende Inhaltsangabe des Vortrages beizufügen. Anmeldungen neuer Mitglieder sind mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft gleichfalls an Herrn Prof. Joachimstal zu richten. Zürich, im Januar 1908.

Die Sterblichkeitsziffer der Geistlichen, Lehrer und Ärzte hat die Gothaer Lebensversicherungsbank einer eingehenden Berechnung unterzogen. Danach bestätigt sich die schon von Hufeland in seiner „Makrobiotik“ behauptete Tatsache von der Langlebigkeit der Pastoren. Die Sterblichkeitsziffer der protestantischen Geistlichkeit beträgt nur 86·41% der allgemeinen Sterblichkeit, und zwar ergab die Trennung in Stadt- und Landgeistliche keinen Unterschied. Auch die Lehrer haben in der Mortalität eine günstige Statistik; die Sterblichkeit ist aber merkwürdigerweise bei den Lehrern auf dem Lande durchaus größer als bei den städtischen Volksschullehrern und den Gymnasiallehrern, und im allgemeinen in Süddeutschland größer als im Norden, was übrigens auch bei der Geistlichkeit der Fall ist. Viel ungünstiger stellt sich die Sterblichkeit bei den Ärzten, der Stand weist, verglichen mit der allgemeinen Sterblichkeit, eine Übersterblichkeit von 11·53% auf.

* Im April vorigen Jahres wurde bekanntlich ein Wettbewerb zur Erlangung einer, in erster Reihe für Ärzte bestimmten **wissenschaftlich-medizinischen Abhandlung über Karlsbad** ausgeschrieben. Am 13. Februar l. J. fand die Sitzung des Preisrichterkollegiums statt. Der erste Preis wurde einstimmig der unter dem Kennworte „Habent sua fata libelli“ eingelaufenen Arbeit des Herrn Medizinalrates Dr. Adolf Ritter in Karlsbad zuerkannt. Der Verfasser widmete den Betrag des Preises von 2000 Kronen wohltätigen Zwecken.

Auf der Straße einen Plan zu gebrauchen, ist eine schwere Sache, denn das Entfalten, bew. das Zusammenlegen ohne Zerreißung des Planes ist bei selbst schwachem Winde ein Kunststück. Die durch ihre vielen praktischen Behelfe bestbekannte kartographische Anstalt G. Freytag & Berndt, Wien VII/1, Schottenfeldgasse 62, bringt nun mit der neuen Ausgabe 1908 des Freytagschen Verkehrsplanes von Wien, 1 : 1.5000, eine Neuheit, die oben berührten Übelständen abhilft. Neben den bisherigen, auf gewöhnliche Art gefalteten Ausgaben à K 1.20, 1.50, 2.50, ist nämlich auch eine nach der Erlingerschen Patentfaltung hergestellt und für K 2.40 erhältlich. Diese eigenartige Faltung ermöglicht es, den Plan wie ein Buch zu benützen, in ihm zu blättern, jeden beliebigen Teil aufzuschlagen, ohne den ganzen Plan ausbreiten zu müssen. Man hat stets nur zwei Seiten vor sich.

VIII. Offene Stellen.

Assistenzarztesstelle in der Filiale Gersthof der niederösterreichischen Landesfindelanstalt Wien mit einem Jahresgehalte von 1200 K, einem Kostrelutum monatlicher 50 K und einer Dienstwohnung samt Beheizung und Beleuchtung auf die Dauer von zwei Jahren gegen beiderseitige dreimonatliche Kündigung bei Auflassung des Dienstverhältnisses vor Ablauf dieser Zeit. Bewerber um diese Dienststelle haben die Erlangung des Grades eines Doktors der gesamten Heilkunde an einer inländischen Universität, die österreichische Staatsbürgerschaft, die deutsche Stammesangehörigkeit, ferner ihre bisherige Tätigkeit im ärztlichen Dienste nachzuweisen und die mit einer Stempelmarke zu 1 K versehenen Gesuche unter Anschluß eines Alters- und Zuständigkeitsnachweises bis längstens 15. März d. J., 2 Uhr nachmittags, tunlichst im Wege persönlicher Vorstellung, beim niederösterreichischen Landesausschusse in Wien I., Herrengasse 13, einzubringen.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgemeindegruppe Reidling (Niederösterreich), politischer Bezirk Tulln. Die Sanitätsgemeindegruppe umfaßt die Gemeinden Reidling, Hasendorf und Ponsee mit zusammen 1657 Einwohnern und 34·77 km^2 Flächenraum; Gemeindebeiträge 234 K, bisherige Subvention des niederösterreichischen Landesausschusses 800 K. Außerdem stellt die Gemeinde Reidling dem Arzte eine freie Wohnung in einem neuen Hause bei. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit dem Doktordiplom, dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Heimatsscheine, dem Sittenzeugnisse, einem amtsärztlichen Zeugnisse über ihre physische Tauglichkeit und dem Nachweise über ihre bisherige Verwendung belegten Gesuche bis längstens 29. März d. J. bei dem Bürgermeister in Reidling einzubringen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: **XIX/₁, Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise: Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—. Für Deutschland ganzjährig 20 Mark. Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs. Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.

Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47. Telephon Nr. 3511/IV. Postsparcassen-Conto Nr. 839.072. Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47. Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 12. Wien, 21. März 1908. Nr. 12.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 18212) zu senden.

Die Dührssensche Uterovaginaltamponade.

Ein Beitrag zur Technik von **Dr. Sigmund Krausz**, prakt. Arzt in Baden bei Wien.

(Schluß.)

Hat man sich so allmählich aus Fundus und unterem Uterussegment selbst heraustamponiert, so folgt die Tamponade der Vagina. Wenn keine blutenden Zervix- und Vaginalrisse da sind, die man durch Tamponade versorgen will, so kann man locker, d. h. unter mählichem Zurückziehen des Rohres tamponieren. Es wird sich auch mit Rücksicht auf die Blasenfunktion empfehlen, die Vagina nicht zu fest zu tamponieren. Nie vergesse man aber, wenn man den Zervix austamponiert hat und in einer Höhe mit dem äußeren Muttermund sich befindet, mit dem Druck nachzulassen, weil man sonst mit einem Ruck aus dem Uterus in das hintere Scheidengewölbe gelangt, was für die Patientin sehr unangenehm ist. Denn man weiß, trotzdem man ohne Kontrolle des Auges arbeitet, stets sehr genau, wo man mit dem Ende des Rohres sich befindet.

Will man mit dem Tamponieren aufhören, bevor der Streifen zu Ende ist, so schneidet man ihn 2 *cm* von dem hinteren Ende der Röhre ab und tamponiert aus. Ist der Streifen dem Ende nahe, während man noch weiter tamponieren muß, so muß man mittels steriler Nadel und Seide ans Ende des ersten Streifens den Anfang des zweiten anheften. Als hauptsächliche Gefahren der Dührssenschen Uterustamponade erscheinen Nachblutungen infolge zu lockerer Tamponade und Infektionen durch Verschleppung von Keimen mittels der Gaze, die an den Vaginalwänden oder am Introitus haften, in das Cavum uterin. Auch die Hand des Geburtshelfers, die ja bei richtiger Technik in die Gebärmutter eindringt, kann infizieren.

Das erste Ereignis, ein zu lockeres Tamponieren, ist ausgeschlossen. Während man bei der Dührssenschen Technik mit der die Gaze führenden Zange oder dem Stäbchen doch an zwanzigmal bis an die Gebärmutterwand kommen muß, genügt es mit der Tamponatorröhre ein einzigesmal bis an die Wand zu gelangen. Auch ist die Prozedur der Dührssenschen Tamponade für die Patientin ungleich schmerzhafter.

Bezüglich der Infektionsgefahr ist das Verfahren mit dem Tamponator ungleich sicherer. Die Hand des Arztes bleibt nicht, wie bei der Dührssenschen Technik, liegen (im Uterus nämlich), sondern verweilt nur kurze Zeit darin. Da die Röhre selbstverständlich vor dem Gebrauch ausgekocht wird, ist sie steril und die aus der sterilen Büchse entnommene Gaze wird durch die sterile Röhre, ohne mit dem Körper der Frau irgendwie in Berührung zu kommen, direkt an den Bestimmungsort gebracht.

Beim Tamponieren wegen Blutung bei Abortus ist die Technik etwas anders. Hier muß man unter Leitung des Auges die Röhre einbringen, also die Vagina mit Spekulis entfalten und den Knickungswinkel des Uterus strecken, also den Uterus vorziehen, nachdem man ihn mittels Kugelzange angehakt hat. Während man bei ausgetragener Frucht auf das Querbett verzichten kann, muß man hier natürlich am Tisch oder auf dem Querbett arbeiten. Da aber bei dieser Art von Metrorrhagien selten die Blutung einen bedrohlichen Charakter annimmt, so kann man sich alles bequem zurechtrichten.

Ist man genötigt, ohne Assistenz zu arbeiten, so verfährt man folgendermaßen: In ein Braunsches Spekulum, das man in ein etwas größeres, kurz abgeschrägtes hineingesteckt hat, stellt man sich die Portio ein und hakt sich dieselbe mittels Kugelzange an. Hiebei muß man darauf achten, ein möglichst großes Stück der Portio zu fassen, also mit der Spitze hoch hinauf zu gelangen, damit die Kugelzange, wenn sie nur Schleimhaut und nicht ein Stück Muskulatur mitfaßt, nicht ausreiße. Nun zieht man den inneren Spiegel über die Kugelzange zurück. Da das beim gewöhnlich in Gebrauch stehenden Modell wegen der zu stark seitlich abstehenden Fingergriffe nicht geht, habe ich mir beim Instrumentenhändler eine Zange mit Handgriffen (ähnlich wie die Handgriffe bei der Zahnzange, nur etwas zarter), machen lassen. Auch die von Frank angegebene Modifikation ist ganz gut, nur nicht so leicht zu reinigen und zu handhaben. Dieser behält die alte Form bei, doch lassen sich durch ein axiales Gelenk die Griffe um 180° drehen.

Darauf wird der Uterus mittels der Kugelzange in den kurzen Spiegel hineingezogen, den man mittels der linken Hand in die Vagina hineingepreßt gehalten hat. Darauf wird die Kugelzange — soweit wie möglich aufgestellt — der linken Hand übergeben, die mittels Hand-



rücken (Kleinfingerseite) sich am Spekulum anstemmt und man hat die rechte Hand frei zum arbeiten. Man kann so dilatieren, kurettieren, tamponieren und ist von der Assistenz der Hebamme, die nie den Spatel richtig hält, ganz unabhängig.

Um das zweite Modell des Tamponators hineinzubringen, muß der Muttermund den Stift Hegar N. 10 leicht durchlassen. Ich dilatiere stets bis Hegar 13 oder 14 vor dem Kurettement, weil sich während desselben manchesmal der Muttermund wieder kontrahiert. Die sonstige Technik der Tamponade ist genau die oben angegebene. Sobald das vordere Ende des Tamponators vor den Muttermund tritt, wird natürlich die Kugelzange abgenommen.

Ich halte es für außerordentlich schwierig, auf andere Weise auch mit einem Assistenten und in Narkose den Uterus bei nicht mehr als 1 Finger Muttermund wirklich fest auszutamponieren.

Wenn man mit dem zweispitzigen Stäbchen arbeitet, so ist man zu zaghaft, um die Gaze mit der nötigen Kraft einzuführen; gebraucht man die Chrobakzange, so gehört große Übung dazu, die Gaze, die man eben eingebracht, nicht wieder ganz oder teilweise mitzurückzuschieben. Gewöhnlich bringt man es über eine Zervixtamponade nicht hinaus.

Diese schwierige Technik der Tamponade des bis 5 Monate graviden Uterus bringt es denn auch mit sich, daß in der Praxis von der Tamponade bei Uterusblutungen ein viel zu geringer Gebrauch gemacht wird, obschon dieses Verfahren bedeutend schonender und ungefährlicher ist als das Kurettement oder das Arbeiten mit Kornzange oder Abortuszange. Man entschließt sich viel leichter als früher zur Tamponade und erspart seinen Fällen mindestens in der Hälfte der Zahl — bei den nicht fieberhaften Aborten — das Kurettement.

Das Schwierigste an der ganzen Sache ist bei Fällen, wo man ohne Assistenz, also bloß mit der Hebamme arbeitet, das Einstellen des Muttermundes und das Einführen des Tamponators. Man muß mitunter mit Hegar dilatieren.

Hat man es mit einer Multipara zu tun, so ist das Einstellen leichter, weil sich da der Muttermund in der Regel mit dem kurzen Spekulum allein einstellen läßt.

Es läßt sich der Rapidtamponator natürlich auch in allen anderen Fällen verwenden, wo Tamponade angezeigt ist. Ich habe ihn einmal mangels eines Kolpeurynters, den ich momentan zufällig nicht bei der Hand hatte, bei Placenta praevia verwendet, einmal zur Einleitung der Frühgeburt, einmal zur Einleitung des Abortus nach vorausgegangener Dilatation mit Hegar. Ich kann mir heute ein geburtshilfliches Praktizieren ohne dies Instrument nicht mehr vorstellen und ich glaube so wie mir wird es jedem Kollegen gehen, der es einmal in Gebrauch genommen.

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

Am 23. September 1907 wurde im Neuen königlichen Opernhause der von mehreren tausend Gelehrten und Fachleuten, Ärzten, Sozialpolitikern usw. aus aller Welt besuchte und von fast allen Kulturstaaten mit offiziellen Vertretern beschickte 14. Internationale Kongreß für Hygiene und Demographie mit einer kurzen Ansprache des Prinzen Schönaich-Carolath eröffnet.

Nach einem durch Prinz Schönaich-Carolath ausgebrachten Kaiserhoch nahm namens der Reichsregierung zur Begrüßung des Kongresses das Wort Staatssekretär von Bethmann-Hollweg:

Dem Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie, der soeben unter dem besonderen Schutze Ihrer Majestät unserer allergnädigsten Kaiserin feierlich eröffnet worden ist, lassen Seine Majestät der deutsche Kaiser hiedurch seinen kaiserlichen Gruß entbieten. Im Vereine mit seinen hohen Verbündeten, den Fürsten und Freien Städten des Reiches heißen Seine Majestät den Kongreß in der deutschen Reichshauptstadt willkommen und hegen den Wunsch, daß die Arbeiten, zu denen Staaten und Gemeinden, Wissenschaft und Forschung, praktischer Beruf und opferfreudige Liebestätigkeit so viel hervorragende Vertreter aus allen Ländern der Erde hieher entsandt haben, reiche Erfolge für die Fortschritte der Menschheit zeitigen mögen. Mit der zunehmenden kulturellen Entwickelung der Völker ist die Bedeutung von Hygiene und Demographie gewaltig gewachsen. Wenn die Kultur der Gesamtheit der Menschen höhere Ziele weiß und jedem einzelnen günstigere Lebensbedingungen zu schaffen trachtet, so ist es ihr wohl gelungen, manchen Feind der Menschheit aus dem Felde zu schlagen, der in roheren Zeiten ungehindert elementare Verwüstungen im Volkskörper anrichten konnte. Aber zugleich hat sie, indem sie ein äußerst gedrängteres und nervös gespannteres Leben schuf, neue Feinde erstehen lassen, die niedergeworfen werden müssen, wenn sich ihr Segen nicht in Unsegen verkehren soll. Sie hat den Anspruch auf Schutz auch allen denjenigen Ärmsten und Schwächsten erworben, über die das bald rohe, bald naive Gefühl unentwickelter Zustände mitleidlos hinwegschritt. Mit jedem Fortschritt, den die Kultur macht, verschärft sie ihre Verantwortung sowohl gegen die Gesamtheit wie gegen den einzelnen. In Erfüllung der so von Tag zu Tag wachsenden Pflichten sucht die Hygiene die physische und moralische Widerstandskraft der Menschen zu stählen, indem sie dem Krankhaften seinen Nährboden entzieht, die Schädlingskeime im Entstehen vernichtet, wo dies nicht gelang, sie lokalisiert, vom Gesunden fernhält und dadurch dieses kräftigt. Sie schreitet umso sicherer vorwärts, je weniger sie ihre Einrichtungen als Selbstzweck behandelt, je mehr sie die Erhaltung und die Erzeugung eines unverzärtelten und mannhaften Geschlechtes als das Ziel ihrer Bestrebungen fest im Auge behält.

Im Einklange mit dem Umfang ihrer Aufgaben und der Weite ihrer Ziele sieht sich die öffentliche Gesundheitspflege auf die sorgsame Beobachtung und Registrierung aller Erscheinungen des Volkslebens angewiesen, ohne an den Grenzen der einzelnen Länder Halt machen zu können. Deshalb haben auch die internationalen Kongresse für Hygiene und Demographie seit jeher die Arbeiten auf diesen Gebieten in besonderer Weise gefördert. Dem ersten Kongresse, der vor 55 Jahren in Brüssel tagte, folgt heute der vierzehnte, auf deutschem Boden der erste. Auch ihm eröffnet sich ein reiches Arbeitsfeld, auch auf ihm sollen im friedlichen Wettstreite der Nationen Fragen beraten werden, deren Lösung alle Völker gleichmäßig berührt. Wenn ich Sie im Auftrage des Herrn Reichskanzlers namens der Reichsregierung herzlich begrüße, so geschieht dies mit dem Wunsche, daß Ihre Arbeiten und Beratungen der Kraft und Gesundheit der Völker, als der Vorbedingung jedes menschlichen Fortschrittes, wahrhaft dienlich sein mögen.

Dann nahm nochmals das Wort Prinz Schönaich-Carolath, um näher auf die Ziele und Zwecke des Kongresses einzugehen. Ohne Übertreibung kann man sagen: alle Berufe, unser ganzes öffentliches Leben rufen täglich lauter und eindringlicher nach Hygiene. In Deutschland hat die kaiserliche Botschaft die Wege vorgezeichnet. Nur einige kurze Beispiele: Mehr als 140.000 Unfälle wurden im letzten Jahre aus gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben als entschädigungspflichtig anerkannt. Mehr als eine Million Personen haben im vorigen Jahre als Verletzte oder als Hinterbliebene von getöteten Personen Unfallentschädigung erhalten, deren Gesamtsumme über 140,000.000 Mk. betrug. Die Entschädigungen aus den Invalidenversicherungen betrugen 1906 etwa 166,000.000 Mk. In den ersten 15 Jahren sind Entschädigungen im Betrage von 1,162.169.923 Mk. gezahlt worden. Die Höhe der Aufwendungen sämtlicher Krankenkassen Deutschlands für Arzt, Arzenei, Krankengelder usw. beträgt pro 1905 232,243.886 Mk. Gewiß gewal-

tige Ziffern. Ich gebe der zuversichtlichen Hoffnung Ausdruck, daß reicher Segen von diesem Kongreß ausstrahlen möge. Diese unsere gemeinsamen Bestrebungen werden meiner Überzeugung nach ein festes Band um die Völker der zivilisierten Welt knüpfen; ich darf sogar ohne Übertreibung sagen: ein unzerreißbares Band. Unsere Arbeiten verkünden allen, die es hören wollen, mit beredten Worten die großen, unzerstörbaren und trotz aller Gegnerschaft immer wieder siegreich aufleuchtenden und ewigen Gedanken der Gemeinschaft der Völker, des Friedens, der Eintracht, der Barmherzigkeit und der Nächstenliebe. Unsere Arbeit gilt allen Völkern, gilt der Menschheit. In diesem Zeichen werden und wollen wir siegen. Salus generis humanis suprema lex esto! (Das Wohl des menschlichen Geschlechts sei unser höchstes Gesetz.)

Geheimrat Bumm, Präsident des kaiserlichen Gesundheitsamtes, spricht namens des Organisationskomitees. Es handelt sich hier nicht um einen politischen Kampf, auch nicht um den Streit, welche Nation zuerst die Hygiene gefördert hat, auch nicht, welche heute noch vornan steht. Der allgemeinen Humanität zu dienen soll hier der Wettstreit sein. — Nach den Mitteilungen des Organisationskomitees sind über 100 offizielle Referate angemeldet. Im Reichstagshause ist eine Ausstellung veranstaltet. Die Reichs- und deutschen Staatsregierungen sind im ganzen durch 27 Delegierte vertreten. Aus 38 Staaten sind die bedeutendsten Männer der Wissenschaft als Delegierte erschienen. Die ausländischen Regierungen sind durch 200 Delegierte vertreten, ferner Behörden, Stadtverwaltung, Universitäten durch 150 Delegierte, im ganzen sind bereits 3000 Teilnehmer gezeichnet. Der Sekretär des internationalen hygienischen Komitees Professor Dr. Loeffler gedenkt der Verdienste Brouardels. — Geheimrat Waldeyer als Vertreter der Akademie der Wissenschaften verweist darauf, wie sich die Wirksamkeit der Hygiene immer mehr ausdehne. — Dann folgen Ansprachen des Rektors der Berliner Universität, Professor Dr. Kaftan, des Rektors der Technischen Hochschule usw. An diese Ansprachen reihen sich die der Vertreter der ausländischen Regierungen. An die Eröffnungssitzung schließt sich zugleich die Eröffnung der Ausstellung auf der gegenüberliegenden Seite des Königsplatzes im Reichstagshause an. Am Nachmittag konstituierten sich die acht Sektionen.

Darauf schritt man zur Wahl der Ehrenpräsidenten. Zu solchen wurden ernannt der Staatssekretär im Reichsamt des Innern Staatsminister v. Bethmann-Hollweg, der preußische Kultusminister Holle und der preußische Kriegsminister v. Einem-Rotmaler, der Ministerialdirektor Althoff, der frühere Präsident des Reichsgesundheitsamtes Dr. Köhler, Prof. Robert Koch, Prof. Dr. Bumm, Generalstabsarzt Dr. Schjerning und von ausländischen Gelehrten Lord Lister, Prof. Levasseur, Ritter v. Gruber und Prof. Golgi.

In der großen Wandelhalle des Reichstages fand mittags 1 Uhr die feierliche Eröffnung der Hygiene-Ausstellung statt. Geheimrat Dr. Rubener hielt die Festrede, in der er auf die Entwickelung der hygienischen Wissenschaft tief einging und ein anschauliches Bild entwarf. Durch innige Bande mit Hygiene verbunden sei die Demographie, die den Nachweis erbringen soll, aus welchen Elementen die menschliche Gesellschaft sich aufbaut, wie ihre Glieder leben und sich erneuern. Für die Hygienekongresse bedeuteten die Ausstellungen dazu notwendige Ergänzungen. Kultusminister Holle erklärte dann die Ausstellung für eröffnet. Die Anwesenden unternahmen darauf einen Rundgang durch die Ausstellung.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über das Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Von Prof. Dr. Emil Redlich. (Forts. statt Schluß.)

Wir dürfen weiter nicht vergessen, daß der Ehestand an den Mann wie an die Frau noch in anderer Hinsicht erhöhte Anforderungen stellt. Für den Mann ist es die Sorge um die Erhaltung und Sicherung der Familie und die dadurch bedingte erhöhte Anspannung seiner Kräfte und seiner Arbeitsleistung, für die Frau die erhöhte Verantwortlichkeit, die mit der Führung eines Haushaltes verknüpfte Arbeit und daraus erwachsende Mißhelligkeiten, die Sorge um das Wohl und die Erziehung der Kinder, die nicht selten für nervöse Leute unzweifelhafte Schädlichkeiten darstellen.

Für die Frauen haben wir außer dem Gesagten noch den Einfluß, den Schwangerschaft und Geburt, respektive die Laktation auf den nervösen Zustand nehmen können, in Betracht zu ziehen. Es gibt nervöse Frauen, die sich während der Schwangerschaft, insbesondere während der zweiten Hälfte, so wohl fühlen wie sonst nie. Für viele und zwar nicht nur Laien, gilt darum die Schwangerschaft als eine Panazee für alle möglichen nervösen Leiden. Ein schon als absurd zu bezeichnendes Beispiel der Art ist mir in meiner Praxis begegnet, wo bei einer Frau, die seit vielen Monaten an einer schweren Psychose litt, vom Manne zu „therapeutischen“ Zwecken eine neue Schwangerschaft herbeigeführt wurde. Der Effekt war leider nicht der erwartete; denn nach der normal verlaufenen Schwangerschaft und der glatt vor sich gegangenen Geburt war der Zustand der Frau der gleiche wie vorher.

In vielen Fällen aber bedeuteten für neuro-psychopathische Frauen oder auch solche, wo bloß eine Disposition besteht, die gedachten Momente, insbesondere dann, wenn Komplikationen eintreten, eine zweifellose Gefahr. Bezüglich der Schwangerschaft erinnert P. an das unstillbare Erbrechen, für das ja vielfach eine nervös-hysterische Grundlage angenommen wird, an die Fälle, wo die Schwangerschaft an sich wegen der Angst vor dem zu erwartenden unerwünschten Kindersegen schwere nervöse oder psychopathische Zustände auslöst, die so arg werden können, daß ernste Autoren darin unter Umständen eine Indikation zum Abortus sehen. P. erinnert weiter an das große Heer der im Anschluß an normale, insbesondere aber komplizierte Graviditäten und Puerperien und auch während der Laktation sich entwickelnden Nervenleiden, von der Polyneuritis an zur multiplen Sklerose und Myelitis, die Bedeutung der genannten Momente für die Epilepsie, für die Auslösung von Psychosen usw. Das alles sind so bekannte Dinge, daß ich sie nicht erst durch Beispiele zu belegen habe.

Wir müssen nunmehr ein Moment zur Sprache bringen, dessen Erörterung von der allergrößten Wichtigkeit ist, für den Laien nicht selten der Hauptgrund, uns um unsere Meinung betreffs der Zulässigkeit einer Ehe zu Rate zu ziehen, das ist die Sorge um die Gesundheit der Deszendenz. Die Lehre von der Heredität nervöser und psychischer Erkrankungen, insbesondere wie sie die französischen Autoren aufgebaut haben, ist ja heute, dank auch ihrer Verbreitung in der schönen Literatur, in Dramen und Romanen — als bekannteste Beispiele seien z. B. Ibsens Gespenster und Zolas bekannte Romanserie genannt — schon in das große Publikum gelangt.

Wenn wir zunächst an die numerisch wohl häufigsten Fälle denken, die Nervosität, Neurasthenie und ähnliches, so können wir uns kurz fassen. Die leichten Fälle ergeben keine Kontraindikation für das Eingehen einer Ehe, hier zeigen sich sogar mitunter ganz evident die oben erwähnten Vorteile der Ehe. P. erlebt es nicht selten, daß Väter mit ihren nervösen Söhnen bei ihm erscheinen, die angeben, daß sie in der Jugend ganz ähnliche Zustände gehabt hatten, die sich dann im Laufe der Zeiten wieder vollständig verloren haben, was mindestens zum Teil auf Rechnung des günstigen Einflusses der Ehe kommt. Wir können also solchen Individuen, die sich mit der „Gewissensfrage“ an den Arzt wenden, ob sie heiraten dürfen, im allgemeinen wohl unbedenklich unsere Zustimmung geben. Besteht schwere hereditäre Belastung, dann wird man immerhin etwas zurückhaltender sein müssen, aber durchaus nicht in jedem Falle die Ehe verbieten. Bedenklicher ist die Sache bei den schweren



Fällen von konstitutioneller Neurasthenie, Zwangsvorstellungen, Neurosen und ähnlichen. Hier können die Schwierigkeiten der Ehe wirklich eine Verschlimmerung des Zustandes bedingen. Solche Individuen sind auch mitunter recht unverträgliche, unleidliche Haustyrannen. Das Minimum an Reserve unsererseits wird es in solchen Fällen sein, wenn wir verlangen, daß die hier ja nicht seltenen akuten Verschlimmerungen, denen wieder bessere Perioden folgen können, durch eine Behandlung günstig beeinflußbar sich erweisen müssen.

Eine besondere Überlegung erfordern die Fälle sexueller Neurasthenie, Kranke mit herabgesetzter Potenz, mangelhafter Erektion, vorzeitiger Ejakulation usw. Ursache, oder mindestens anzuschuldigen ist in solchen Fällen oft jugendliche, manchmal auch noch aktuelle Onanie, übermäßige Pollutionen usw. Gerade solche Kranke wenden sich ganz besonders oft an uns mit der Frage der Zulässigkeit einer Ehe, sei es, daß sie sich davon eine Besserung ihres Zustandes versprechen, oder daß bestimmte Momente ihnen eine Eheschließung nahelegen. In manchen solcher Fälle handelt es sich nun, wenn ich so sagen darf, bloß um mangelhafte Übung infolge fehlender oder ungeeigneter Gelegenheit; in der Ehe verliert sich der Defekt sehr rasch, und die Kranken, wenn wir sie so überhaupt nennen dürfen, sehen später mit Lächeln auf ihre Angst zurück. Notwendig ist, daß wirklich nur psychische Impotenz vorliegt, daß Erektionen auftreten, daß wirkliche Neigung zum anderen Ehegatten besteht. Dann genügt manchmal ein tröstendes Wort, irgend eine verkleidete Suggestivmaßregel, genauere Anleitung zur Überwindung der bei virginellen Verhältnissen vorhandenen Schwierigkeiten usw. Aber das gilt, nach seinen Erfahrungen wenigstens, doch nur für eine Minderzahl der Fälle; im allgemeinen wird man es sich sehr ernstlich überlegen müssen, solchen Individuen zur Ehe zu raten. Denn ich habe es oft genug erlebt, daß der Zustand auch nach der Eheschließung andauerte, ja einmal hat mich ein solcher Unglücklicher schon auf der Hochzeitsreise unmittelbar nach der Hochzeitsnacht aufgesucht. Ich habe leider über sein weiteres Schicksal nichts erfahren, aber allzu Gutes erwarte ich mir nicht, denn ich habe manchen dieser Fälle trotz eingeleiteter Behandlung mitunter recht refraktär gefunden. Darum erscheint es mir im allgemeinen richtiger, solche Kranke, bevor sie eine Ehe eingehen, einer Behandlung zu unterziehen, die oft der Mithilfe einer auf diesem Gebiete erfahrenen Frau nicht wird entraten können. Erst wenn auf diese Weise dem Kranken sein Selbstvertrauen, die Überzeugung seiner Potenz wiedergegeben ist, dann hat die Ehe voraussichtlich auch die besten Chancen. Kontraindiziert ist die Ehe bei der sogenannten paralytischen Impotenz, wo Erektionen fehlen, die Libido gesunken ist oder auch ganz fehlt.

Wir wollen hier gleich die Frage der Ehemöglichkeit sexuell Perverser, der Konträrsexualen und anderer Perverser anschließen. Viele derselben haben das Verlangen zu heiraten, sei es, daß sie auf diese Weise ihre Abnormität zu heilen hoffen, oder daß ihnen äußere Momente die Frage der Eheschließung nahe legen. P. hat Fälle gesehen, die letzten Sprossen alter Adelsgeschlechter, die den Wunsch hatten, ihren Namen und ihre Familie zu erhalten. Ein absolutes Eheverbot nun läßt sich auch für diese Fälle, mindestens nicht für alle aussprechen. Denn bisweilen handelt es sich ja nicht um wirklich angeborene Abnormitäten, sondern es spielen akzidentelle Momente eine höchst bedeutsame Rolle, es kann neben der homosexuellen Anlage die heterosexuelle Neigung, wenn auch vielleicht latent, vorhanden sein. Hier können, wenn auch gewiß relativ selten, in der Ehe allmählich sich vollständig normale Verhältnisse einstellen. Freilich müssen wir bedenken, daß bei dem Zusammenleben solcher Individuen mit einer Frau die sexuelle Betätigung sich durchaus nicht immer in normalen Bahnen bewegt. Viele, vielleicht die meisten der Kranken sind Onanisten und die Gefahr mutueller Onanie in irgend einer Form ist groß, oder es wird der Koitus unter allerlei abnormen Modalitäten praktiziert, wodurch die Gefahr der Induktion sexueller Perversitäten gegeben ist. Speziell gilt dies für Sadisten und Masochisten. Andere sind wieder der Frau gegenüber dauernd und vollständig impotent.

Sie sehen, es hat große Bedenken, diesen Kranken zur Ehe zu raten, abgesehen davon, daß bei Erkennung der Abnormität durch den anderen Ehegatten die Ehescheidung verlangt und durchgeführt werden kann. Wir können uns also dahin aussprechen, daß für schwere Fälle eine Eheschließung vom ärztlichen Standpunkt aus als ausgeschlossen zu bezeichnen ist, während in leichteren Fällen zuerst eine Behandlung einzuleiten wäre, die ja durchaus nicht immer aussichtslos ist.

Und nun zur Hysterie. Sie ist gewiß für viele Ärzte der Ausgangspunkt für die Erörterung der Schäden sexueller Abstinenz einerseits, für die Ersprießlichkeit einer Ehe andererseits. Denn die Ansicht, wonach die Hysterie auf den Mangel sexueller Befriedigung zurückzuführen ist, ist uralt, und sie findet auch heute noch bei den Ärzten und beim Publikum die größte Anhängerschaft. Nun gibt es zweifellos Fälle von Hysterie, wo die Krankheit in der Ehe, freilich meist doch nur in ihren gröbsten Erscheinungen, verschwindet. Aber es wäre darum gefehlt, dies zu verallgemeinern.

Viel präziser und kategorischer können wir uns bezüglich der Epilepsie äußern. Hier ist meines Erachtens eine Eheschließung unter allen Umständen nicht zu gestatten, selbst wenn die Krankheit schon einige Zeit latent geworden ist. Man lasse sich durch die Angaben der Eltern nicht täuschen oder täusche sich auch selbst nicht, epileptische Anfälle, wie dies beliebt ist, etwa für Hysterie zu nehmen. Über kurz oder lang wird ja doch der wahre Charakter der Krankheit klar. Ein Nutzen des Geschlechtsverkehrs läßt sich bei der Epilepsie durchaus nicht behaupten, ja es gibt seltene Fälle, wo sogar der Koitus direkt Anfälle auslöst. Von besonderer Gefährlichkeit sind hier auch Gravidität und Puerperium. Während es nur ganz vereinzelte Fälle gibt, wo während der Gravidität die Anfälle ausbleiben, sind der Fälle viel mehr, wo sie häufiger und schwerer werden oder eine bis dahin latente Disposition zur Krankheit manifest wird. Das Grauen, das der Anblick schwerer epileptischer Anfälle bei der Mehrzahl der Menschen erregt, kann selbst beim besten Willen des anderen Ehegatten die Ehe unerträglich machen und dadurch zur Scheidung führen. Wenn irgendwo, so sind auch bei der Epilepsie die Gefahren für die Deszendenz ganz eminente, direkte Vererbung der Krankheit ist recht häufig. Mit einem Worte, bei der Frage, ob ein Epileptiker mit großen oder kleinen Anfällen heiraten kann, gibt es vom ärztlichen Standpunkte aus nur ein entschiedenes „Nein“.

(Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 28. Februar 1908.

Emerich Ranzi stellt einen Fall einer Luxatio cubiti anterior bei einem 18jährigen Müllergehilfen vor, der vor drei Wochen mit seinem linken Vorderarme in die Transmission einer Mahlmaschine geriet, wobei ihm der Ellbogen verrenkt wurde. Sofortige Repositionsversuche waren ohne Erfolg. Von einer unblutigen Therapie dürfte nicht viel zu erwarten sein.

Viktor Blum zeigt ein anatomisches Präparat von Nierentuberkulose, das bei der Operation einer 23jährigen Frau gewonnen wurde. Die Erkrankung begann vor 6 Monaten plötzlich mit einer foudroyanten Hämaturie, die aus der rechten Niere stammte. Der Tierimpfversuch ergab, daß es sich um eine Tuberkulose des Harnapparates handelte und der Impfversuch des getrennt aufgefangenen Urins ergab schließlich rechtsseitige Tuberkulose. Das Präparat, das Blum demonstriert, zeigt eine normal große Niere, an deren Konvexität ein hanf-



korngroßes Tuberkelknötchen zu sehen ist. Außerdem zeigen die drei Papillen des unteren Nierenpoles eine eigenartige Veränderung, derart, daß eine Papillenspitze ulzerös verändert ist, die den anderen drei Papillen zugehörigen Pyramidenanteile keilförmig, gelb verfärbt und zerklüftet erscheinen, nach Ausspruch des pathologischen Anatomen Prof. Albrecht, ein äußerst seltenes Bild einer beginnenden Frühtuberkulose der Niere.

In der Diskussion zum Vortrage v. Haberer und Stoerk: Beitrag zur Marksekretion der Nebenniere (vide letzten Bericht) sprach noch Heinrich Schur: Trotzdem schon seit langem bekannt ist, daß sich Bestandteile der Nebennieren im Nebennierenvenenblute nachweisen lassen und Cybulski die blutdrucksteigernde Wirkung des Nebennierenvenenblutes gefunden und Biedl sogar gezeigt hat, daß die Menge der aus den Nebennieren in die Blutbahn übergehenden blutdrucksteigernden Substanz durch Reizung der zugehörigen Splanchnikusäste gesteigert werden kann, so ist einer der bedeutendsten Forscher auf diesem Gebiete — der Entdecker der Adrenalinglykosurie F. Blum — trotzdem ein absoluter Gegner der Lehre der inneren Sekretion der Nebennieren. Er sucht die gefundenen Tatsachen in der Weise zu erklären, daß durch die mit der Entnahme des Nebennierenvenenblutes notwendig verknüpften mechanischen Läsionen des Nebennierengewebes die Substanz desselben zum Teile in die Blutbahn herausgestrudelt würde. Dieser Einwand Blums wurde durch die Untersuchungen von Wiesel und Schur haltlos, da diese zeigen konnten, daß das Adrenalin unter besonderen physiologischen Bedingungen (Muskelarbeit) in die Blutbahn gelangt, weiters auch sekretorische Veränderungen an den Nebennieren nachweisen konnten und zwar sowohl histologisch durch allmählichen, fleckweise fortschreitenden Verlust der Chromaffinität der Zellen als auch chemisch durch Verlust der Eisenchloridreaktion und biologisch durch Versagen der entsprechenden Wirkung des Extraktes auf das Froschauge. Blum bekämpft die Idee einer inneren Sekretion der Nebenniere deshalb, weil er gefunden hatte, daß schon minimale Mengen von Adrenalin bei intravenöser Injektion Glykosurie hervorzurufen imstande sind. Es fiel ihm deshalb schwer, anzunehmen, daß kontinuierlich Adrenalin in die Blutbahn gelange. Nach unseren jetzigen Erfahrungen könne die innere Sekretion der Nebennieren nicht mehr geleugnet werden. In diesem Sinne sind nun die histologischen Befunde, die uns v. Haberer und Stoerk demonstriert haben, sehr hoch zu bewerten.

Hans v. Haberer: Die Einwände Kreidls und Biedls lassen sich zunächst in zwei Sätze zusammenfassen: 1. Die von mir angestellten Versuche sind keine Transplantationsversuche, sondern es handelt sich dabei lediglich um eine einfache Dislokation eines Organes; 2. ähnliche Dislokationen der Nebenniere sind von Biedl schon vor mehreren Jahren vorgenommen worden. Was nun zunächst den ersten Punkt anlangt, so glaube er mit Recht seine Methode der Versenkung der Nebenniere in die Niere als Transplantation mit Gefäßstiel bezeichnen zu dürfen, da ja, wie bereits erwähnt, der Gefäßstiel in einer ganzen Anzahl der Fälle sekundär verödete. Was den zweiten Einwand anbelangt, so möchte er, um diesbezüglichen Irrtümern vorzubeugen, hervorheben, daß Biedls und seine Versuchsanordnung nicht nur von verschiedenen Voraussetzungen ausging, sondern daß beide auch vollkommen verschiedene Zwecke und Ziele verfolgten. In den Biedlschen Experimenten handelte es sich um Dislokation der Nebenniere nach rückwärts zwischen Haut und Muskulatur, wobei die Nebenniere mit einem von Biedl nicht näher bezeichneten Stiel zur Ernährung im Zusammenhange belassen und drei bis vier Tage später exstirpiert wurde. Zweck dieser Versuche war es, die Wichtigkeit der Nebenniere für das Leben nachzuweisen und aus diesem Grunde die Exstirpation in möglichst schonender Weise, also zweizeitig, auszuführen. H.s Versuche bestanden in der Transplantation der an einem möglichst reduzierten Gefäßstiele belassenen Nebenniere in die Niere und Zweck seiner Versuche war das Studium des Verhaltens der Nebenniere in der Niere. Er habe demgemäß erst nach Monaten und naturgemäß auch in den Zwischenintervallen dieses Verhalten studiert. Er sei demnach der erste, der die Nebenniere gestielt in die Niere verpflanzte. Was den Einwand Kreidls betrifft, man dürfe die Erfahrungen bei verschiedenen Tierspezies nicht vergleichen, so habe er das auch gar nicht getan. Er erwähnte nur, daß er mit derselben Methode sowohl bei Katzen und bei Hunden als auch bei Kaninchen eine Einheilung der Nebenniere in die Niere erzielte. Er glaube, daß die von ihm gewählte Methode in der Mitte zwischen gefäßloser Transplantation und der schon neulich kurz erwähnten Transplantation ganzer Organe samt ihren Gefäßen stehe.

Oskar Stoerk: Während man bisher allgemein die Körnchen im Blute der Nebennierenkapillaren und -venen als das Marksekretionsprodukt ansah, glaubte ich aussagen zu dürfen, daß diese Körnchen nicht nur kein Sekretionsprodukt der Markzellen darstellen, sondern überhaupt nicht von letzteren abstammen. Vielmehr meine er, soweit mikroskopische Bilder derartige Schlußfolgerungen gestatten, dargetan zu haben, daß das Markzellprodukt ein flüssiges sei, welches auf dem Diffusionswege in das Gefäßlumen gelange und sich daselbst dem Blute beimenge. Dieses flüssige Sekretionsprodukt scheint etwas dicklicher Natur zu sein und ist seinem Lichtbrechungsvermögen gemäß, welches sich von dem des Serums unterscheidet, vielleicht schon von früheren Beobachtern im ungefärbten Zustande gesehen, wenn auch in seiner Bedeutung nicht erkannt und auch nicht weiter verfolgt worden. Daß der Nebennierenrinde hohe funktionelle Bedeutung zukommt, wenn auch die Art ihrer Funktion derzeit noch völlig dunkel ist, beweisen die exquisiten Bilder kompensatorischer Rindenhypertrophie bei mehr oder minder ausgedehntem Nebennierenausfall.

Ferdinand Winkler: Über biologische Wirkungen der Pyocyanase. Läßt man auf polynukleäre Leukozyten Pyocyanase einwirken, so verschwindet ihr Plasma und es bleiben nur die Kerne und die Granula zurück. Untersucht man diese Einwirkung mit Hilfe des Spiegelkondensors im Dunkelfelde, so kann man zunächst die bemerkenswerte Erscheinung feststellen, daß die außerordentlich lebhafte Granulabewegung innerhalb der Leukozyten bei Berührung mit der Pyocyanase augenblicklich sistiert und daß die amöboide Bewegung der Leukozyten aufgehoben wird. Die Leukozyten erscheinen wie plötzlich erstarrt. Bakterien und Spirillen mit Eigenbewegung werden ebenfalls sofort ruhig; besonders schön läßt sich das Phänomen der Erstarrung bei dem bekannten Spirillum volutans demonstrieren. Auch die Spirochaete pallida stellt bei Berührung mit der Pyocyanase ihre Bewegung sofort ein. Ein ganz vorzügliches Objekt zum Studium des Pyocyanaseeinflusses auf die Beweglichkeit der Zellen stellen die Spermatozoen dar; für diese Beobachtung eignet sich die Untersuchung im Dunkelfelde viel weniger als die Untersuchung mittels des gewöhnlichen Mikroskops. Man sieht, wie eine kurzdauernde Einwirkung der Pyocyanase auf das Sperma genügt, um die Bewegungen der Spermatozoen vollständig zu hemmen. Dabei findet — wenigsten zunächst — weder eine Auflösung der Spermatozoenschwänze noch eine Auflösung der Spirillengeißeln statt; gerade die Beobachtung des Spirillum volutans zeigt, daß die Geißeln während der Beobachtungsdauer keiner Veränderung unterliegen. Unterwirft man gonorrhoischen Eiter der Pyocyanaseeinwirkung, so sieht man bei der Untersuchung mit dem gewöhnlichen Mikroskope, daß neben dem deutlichen Hervortreten der Granula auch die Gonokokken klar erkennbar werden; doch dauert dies nicht lange an; nach einer Stunde etwa verschwinden sie wieder, sie sind gelöst worden. Läßt man auf gonorrhoischen Eiter durch etwa fünf Minuten Pyocyanase einwirken und unterwirft ihn dann der Neutralrot-Methylenblaufärbung, welche ich zum färberischen Nachweise des Gonokokkentodes beschrieben habe, so kann man sich davon überzeugen, daß die Gonokokken unter dem Einflusse der Pyocyanase aufgequollen und daß sie abgetötet sind. Die Wirkung auf die Leukozyten



kommt dem dialysierten Präparate ebenso zu wie dem nicht dialysierten und steht gerade im Gegensatze zu der von Unna beschriebenen Ausschwemmung der Granula unter dem Einflusse von Kochsalzlösungen. Zum Unterschiede von den Leukozyten werden übrigens die Epithelzellen von der Pyocyanase nicht angegriffen.

Maximilian Weinberger: Bacterium coli und Bacterium typhi zeigen auf den mit Pyocyanase bis zu starker Konzentration bestrichenen oder mit Pyocyanase gegossenen Agarplatten gegenüber den Kontrollplatten verspätetes, aber auf der ersten und zweiten Platte noch üppiges, auf den späteren Platten schwächeres Wachstum. Bringt man Bacterium coli und typhi in eine mit Pyocyanase versetzte Bouillon, so beobachtet man bald, das die Bazillen weniger wachsen und träger beweglich sind. Wesentlich stärker ist die Beeinflussung von Sklerom- und Friedländerkulturen durch Pyocyanase. Diese werden sowohl auf Agarplatten als in Bouillon viel stärker und früher gehemmt als die vorgenannten Gruppen, so daß bald nur eine schleimige, wenige verkümmerte Bakterien oder Detritus enthaltende Masse am Agar übrig bleibt.

Ottfried Fellner hat schon vor längerer Zeit Versuche hinsichtlich der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe des Uterus und der Urethra mit Pyoc. gemacht und kam zu dem Resultate, daß die Gonokokken zwar rasch schwinden, die Sekretion aus dem Uterus sehr verringert wird, weniger die subjektiven Beschwerden der Urethritis nachlassen, daß aber kurz nach dem Aussetzen der Behandlung die Gonokokken in großer Zahl wieder erscheinen. Es scheine demnach der Pyocyanase die Tiefenwirkung abzugehen.

Siegmund Gara: Behandlung der schweren Ankylosen der Gelenke mit Fibrolysin. Die Erfahrungen des Redners stützen sich auf 7 Fälle von schweren Ankylosen gonorrhoischer und rheumatischer Natur. Es wurde täglich 2 *g* Fibrolysin intramuskulär injiziert. Das Fibrolysin erweicht das pathologische Bindegewebe, worauf man mit manueller oder maschineller Dehnung der Ankylosen beginnen kann. Gegen die hiebei auftretenden Schmerzen hilft oft Aspirin. Redner erwähnt 2 Fälle und zwar einen Fall von beiderseitiger Kontraktur der Knie- und Hüftgelenke, wo nach 17 Injektionen eine Biegung des Kniegelenkes bis um 90° gelang. Ebenso konnte in einem zweiten Falle (Ellbogengelenksankylose), die nach dem Röntgenbefund knöchern schien, ebenfalls nach 17 Injektionen eine ziemlich gute Beweglichkeit konstatiert werden.

Ludwig Teleky hat schon vor 8 Jahren das Thiosinamin bei narbigen Strikturen des Ösophagus angewendet und damit befriedigende Erfolge erzielt. Weiters auch Versuche bei ankylotisch gewordenen Gelenken, und zwar bei Gelenken, bei denen die Steifigkeit durch langdauernde Ruhestellung im Verbande und infolge von in der Nähe der Gelenke sich abspielenden Entzündungsprozessen eingetreten war. Doch erwies sich in allen Versuchen das Thiosinamin bei versteiften Gelenken als vollkommen wirkungslos. Allerdings habe er es nie bei rheumatischen Prozessen versucht.

Leopold Wick hat ebenfalls einige Versuche bei Ankylosen infolge Gelenksrheumatismus mit Fibrolysineinspritzungen gemacht, konnte jedoch keinen Erfolg konstatieren. Möglicherweise verhalten sich Narben und fibröse Verdickungen verschieden gegen das Fibrolysin, je nachdem sie durch Rheumatismus oder Verletzungen oder gonorrhoische Affektionen usw. zustande gekommen sind und möchte er daher ein definitives Urteil über die Erfolge Garas nicht abgeben.

Karl Ullmann konnte ebenso wenig wie die Vorredner an etwa 100 oder mehr gut und lange beobachteten Fällen von mit Narbenbildung einhergehenden Krankheitsprozessen, als Keloid, Aknekeloid, ganz besonders Sklerodermie verschiedenster Phasen. Harnröhrenstrikturen, zarten Narben und Leukomen der Kornea, hinteren Synechien der Iris. Sklerosen im Mittelohr usw., kaum in einem einzigen Falle eine klar ersichtliche, meßbare und beweiskräftige Differenz zwischen dem Status vor und nach der Behandlung mit Thiosinamin beobachten, trotz der oft durch Wochen fortgesetzten Thiosinamin-, später Fibrolysininjektionsbehandlung.

Porges (Porges, Salomon, Neubauer, Elias): Zur Serumdiagnose der Lues. Die Eiweißkörper aller Sera enthalten Lezithin, wenn man sie in großen Überschüssen anwendet, dagegen geben luetische Sera diese Reaktion schon bei starker Verdünnung. Die Azidität des Serums spielt dabei keine Rolle. Die Versuche wurden mit dem glykocholsaurem Natrum angestellt, da dieses mit Wasser eine klare Lösung gibt.

Rudolf Kraus: Der Lezithinreaktion sei eine ebensolche diagnostische Bedeutung zuzusprechen wie der Wassermannschen Reaktion, denn in fast allen Syphilisfällen, welche Komplementablenkung ergaben, fiel die Lezithinreaktion positiv aus. Die Sera von gesunden Menschen, welche Komplemente nicht abzulenken vermochten, gaben negative Lezithinprobe. Es haben aber weitere Versuche, welche Dr. v. Eisler ausführte, gelehrt, daß doch bezüglich der diagnostischen Verwertbarkeit der Lezithinreaktion einige Vorsicht geboten ist. Zunächst wäre zu bemerken, daß verschiedene Tiersera die Reaktion mittels Lezithin ganz außerordentlich schön zeigen. Außerdem fand aber v. Eisler, daß Sera von tuberkulösen Menschen ebenfalls so wie Luessera auszuflocken imstande sind. Ob möglicherweise Luessera in einem anderen Verhältnis ausflocken als Sera von Tuberkulösen, bleibt dahingestellt. vorderhand war kein Unterschied nachweisbar.

Müller bemerkt, daß die Intensität der Lezithinreaktion und der Komplementbindungsprobe häufig nicht proportional sei, namentlich wurden schon unter einer nicht sehr großen Zahl von Fällen mehrere gefunden, bei denen keinerlei Anzeichen von Syphilis vorlagen und positive Lezithinproben gefunden wurden. Es ist also wohl die Porgessche Lezithinprobe nicht so spezifisch für Syphilis wie die Komplementbindungsreaktion mit alkoholischem Leberextrakt, bei der er in den bisher an der Klinik Fingers untersuchten Fällen, worunter 600 Kontrollfälle waren, streng spezifische Werte erhielt. Auch habe er bemerken können, daß man mit kohlensäurehaltigem Wasser aus normalem Serum Globulinniederschläge erhalten kann, die mit alkoholischem Organextrakt zusammengebracht, Komplementbindung geben, ähnlich wie syphilitische Sera, deren komplementbindende Wirkung jedoch durch halbstündiges Erhitzen auf 56° verloren geht im Gegensatz zu dem aus syphilitischem Serum ausgefüllten Globulin, das seine Wirkung zum Teile noch behält.

Gabor Nobl hat bisher in 110 Fällen von notorischer Syphilis, das Phänomen der Lezithinausflockung verfolgt und konnte in 80% einen mitunter recht sinnfälligen positiven Ausfall des Vorganges verfolgen. Von etwa 20 Kontrollfällen boten drei die Reaktion, doch läßt sich nur in einem, ein sehr jugendliches Individuum betreffenden Falle die luetische Antezedenz mit allergrößter Wahrscheinlichkeit ausschließen.

Müller verweist darauf, wie schwer es sei, latente Fälle von Lues klinisch zu erkennen.

Ernst Finger weist darauf hin, wie sehr die Kontrollfälle eine sorgfältige Auswahl treffen müsse, so sollen Kontrolluntersuchungen nur an ganz jugendlichen Individuen, höchstens bis zum 20. oder 25. Jahre gemacht werden. In dieser Beziehung scheine Salomon nicht rigoros genug vorgegangen zu sein, daraus erklären sich vielleicht die Differenzen seiner Resultate von denen Müllers. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 13. Februar 1908.

Anton Weichselbaum demonstriert zwei anatomische Präparate von Aneurysma des Aortabogens. Im ersten Falle Durchbruch in die Vena cava superior und in die Trachea. Im Aneurysma fast gar keine Koagula. Im zweiten Falle mit Vorbauchung in die Vena cava ohne Durchbruch, im Aneurysmasacke zahlreiche Koagula.



Weiters zeigt Weichselbaum anatomische Präparate von zwei Fällen von Vergiftung mit Kali chloricum. Im ersten Falle wurden 100 *g* Kali chloricum genommen, Tod nach 36 Stunden; im zweiten Falle betrug die Dosis zirka 30 *g*, Tod nach 10 Stunden; im Magen fand sich trotz vorgenommener Ausspülung ein größeres Quantum von Kali chloricum. Die Hauptveränderungen bestanden in der Bildung von Methämoglobin im Blute und Anhäufung desselben in Milz, Leber, Niere und Knochenmark. Ferner thrombenähnliche Massen von Methämoglobin in der Aorta, den Venen und in den Kapillaren. Die Milz zeigt eine Ruptur der Kapsel und der oberflächlichen Schichten. Im Magen findet sich eine hämorrhagische Infiltration der Pars pylorica, und streifenförmige Erosionen und Schleimhautverluste von der Form des Ulcus rotundum.

Leopold v. Schrötter bemerkt, daß in dem ersten Falle von Aneurysma die Diagnose auf Perforation desselben in die Vena cava gestellt werden konnte, auf Grund der hochgradigen Erweiterung der Halsvenen und des kontinuierlichen brummenden Geräusches an der rechten Hälfte des Sternums. Was die Intoxikation mit Kali chloricum betrifft, ist die Anurie bemerkenswert. v. Schrötter ist dafür, daß das Kali chloricum in der Therapie möglichst selten angewendet werde.

Albert Herz, der den ersten Fall von Vergiftung beobachten konnte, erwähnt, daß der Harn, von welchem im ganzen nur 55 *cm*³ entleert wurden, rotbraun gewesen sei und Methämoglobin und ausgelaugte Erythrozyten enthielt. Das Blut zeigte im Spektroskop den charakteristischen Methämoglobinstreifen. Herz erwähnt einen Fall, in welchem ein Kind nach Einnahme von 1 *g*, auf zwei Tage verteilt, starb.

Zimmer zeigt eine 27jährige Frau mit Cholecystitis paratyphosa. Seit vier Jahren kolikartige Schmerzen in der Leber- und Magengegend; in der letzten Zeit auch Erbrechen. Lues und Enteritis sind vorhergegangen. Es gelang, Paratyphusbazillen vom Typhus B aus dem Stuhle zu züchten.

Karl Reitter bemerkt, daß nach Einnahme von Mühlbrunnquelle, Cholelysin und Chologen Bazillen im Stuhle nachweisbar waren.

Robert Bárány stellt einen Mann vor, der eine linksseitige Blicklähmung zeigt. Er kann beide Augen nicht nach links wenden; dies gelingt jedoch, wenn man Pat. einigemale nach rechts herumgedreht hat. Der linke Abduzens ist paretisch. (Ponsaffektion?)

Ferdinand Kornfeld: Über Kolitoxämie. Es gibt Koliurien transitorischen und dauernden Charakters; letztere gliedern sich: 1. in die Koliurien bei bereits bestehenden Affektionen des Urogenitalapparates, 2. in die isolierten Koliurien, zu denen die echte genuine Koliurie der Blase gehört. Die echte Blasenkoliurie entsteht in der Blase durch direkte Überwanderung vom Darme her, nachdem die zwischenliegenden Gewebe in ihrer Textur und Saftströmung Veränderungen durch eine zumeist viele Jahre, auch mehr als ein Dezennium zurückliegende Blennorrhoe, die sich anamnestisch entgegen der Angabe früherer Autoren in jedem Falle von Koliurie der Blase nachweisen läßt, erlitten haben. Die Koliurie schließt sich an die gonorrhoische Infektion erst nach 10, 15 oder mehr Jahren an. Die echte Blasenkoliurie bleibt fünf bis fünfzehn Jahre, vielleicht auch für immer auf die Blase beschränkt, aszendiert nicht gegen das Nierenbecken. Im Verlaufe der Blasenkoliurie kommt es manchmal zu toxämischen Fieberanfällen mit schweren Störungen des Allgemeinzustandes (Appetenzstörung, Frösteln, Schüttelfrost, Fieber, Prostration, Erbrechen, Schweiße, Diarrhöen), welche sich ganz typisch in zirka 10- bis 30tägigen Intervallen wiederholen und nie länger als 14 bis 20 Stunden dauern. Das Krankheitsbild der kolitoxämischen Attacken, das inmitten voller Gesundheit den Kranken überfällt, imitiert förmlich einen stürmischen Beginn einer schweren Septikämie, ähnelt der Malaria, der Febris recurrens, der Säureintoxikation oder Gonokokkenpyämie, hat aber unterscheidende Merkmale gegenüber allen diesen Affektionen. Am ähnlichsten ist der toxämische Fieberanfall von eintägiger Dauer dem solitären Fieber (Guyon), Katheterfieber nach Dittel, das als reaktive Attacke nach instrumentellen Eingriffen in der Urethra in der voraseptischen Zeit bekannter war als jetzt. Die biologischen Eigenschaften des Kolibazillus bedingen es, daß Koliharne, und zwar diese einzig und allein, stets auch bei vielmonatiger Aufbewahrung selbst in unbedeckten Gefäßen sauer bleiben, weil das Kolibakterium in diesen nicht nur kein Entzündungserreger ist, sondern auch den Harnstoff nicht zersetzt, alle Mikroben, welche diese Eigenschaften besitzen, verdrängt und ihnen die Lebensmöglichkeit auf seinen Nährböden entzieht. *i. m.*

IV. Wochenschau.

II.

(Die Lage der Militärärzte. — Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.)

Von **Spektator**.

Die Klagen der Militärärzte sind nicht neuen Datums; sie gewinnen an Berechtigung bei der jetzigen Feuertechnik, die den hilfeleistenden Arzt bei den weittragenden Geschossen denselben Gefahren aussetzt, wie die Offiziere und die Mannschaft. Trotzdem rangiert er als letzter hinter den Auditoren, welche wahrlich kein Pulver zu riechen brauchen. Es wäre hoch an der Zeit, die Sanitätsoffiziere ganz abzuschaffen und den Militärärzten diese Aufgaben samt dem Befehlsrechte über die Sanitätsmannschaft zu übertragen. Jedoch hatte die Armeeleitung trotz der offenbaren Zurücksetzung der Ärzte über keinen Mangel an Militärärzten zu klagen, bis zu dem Zeitpunkte, als der Generaloberstabsarzt v. Uriel das Szepter ergriff. In den Delegationen mußte der Reichskriegsminister v. Schönaich zugeben, daß seit diesem Zeitpunkte „die Zahl der Abgänge fortwährend gestiegen sei, trotzdem die Stipendien bedeutend verbessert (und auch vermehrt) wurden". Darauf erwiderte der Abgeordnete Schuhmeier, daß infolge des Ärztemangels in der Armee die Mannschaft ohne genügenden ärztlichen Schutz bleibe. Es handle sich bei dieser Frage viel weniger um das Interesse der Militärärzte als vielmehr um die Söhne der Bevölkerung. Besonders fühlbar werde der Ärztemangel zur Zeit der Assentierung und bei den Manövern. Er habe den Generaloberstabsarzt für den Ärztemangel verantwortlich gemacht. Der Minister habe in seiner Antwort die Vorwürfe gegen denselben zurückgewiesen und die Schuld in erster Linie der abnehmenden Frequenz der medizinischen Fakultäten zugeschrieben. Die Flucht der Ärzte aus der Armee dauere aber fort, und es bestehe noch immer die Frage, warum sich bei der Landwehr nicht die gleiche Erscheinung geltend mache. Daß Argument des Kriegsministers, daß den jüngeren Ärzten die Stellung als Fabriks- und Krankenkassenärzte die Gelegenheit zu einem größeren Einkommen biete, sei nicht richtig. Die Bezahlung dieser Ärzte sei keine solche, daß sie sie verlocken würde, ihre Stellung als Militärärzte aufzugeben oder die Charge niederzulegen, auch würden bei den Krankenkassen nur Ärzte mit längerer Praxis aufgenommen. Die Tatsache läßt sich nicht übersehen, daß sich während der Jahre 1906 und 1907 eine große Zahl von Ärzten zur Aufnahme bei der Landwehr gemeldet hatte, und erst als ihnen dort die Aufnahme verweigert wurde, seien sie überhaupt aus der Armee ausgetreten. Daraus resultiere eine Überlastung der Militärärzte, ein Grund mehr zur Flucht aus der Armee. Ein weiterer Grund für die Flucht der Ärzte liege in der Tatsache, daß den Ärzten beim stehenden Heere die Möglichkeit zur weiteren Ausbildung fast gänzlich genommen erscheine, während in dieser Richtung die Verhältnisse für die Ärzte bei der Landwehr viel günstiger seien. Der Generaloberstabsarzt v. Uriel verfolge in seinem Ressort übrigens auch eine Art Politik, die dahin gehe, daß er jüdische Ärzte in der Armee nicht gern tätig sehe. Der Reichskriegsminister suchte die Ausführungen Schuhmeiers abzuschwächen. Tatsache ist es — und wir erachten es eines ärztlichen Blattes, dem das Wohl aller Ärzte am Herzen liegt, für unwürdig, Vogel Strauß-Politik zu treiben — daß v. Uriel trotz seines alttestamentarischen Namens jüdischen Ärzten konsequent die

Aufnahme in das aktive militärärztliche Korps verweigert; um zu zeigen, zu welchen Hilfsmitteln Uriel greifen muß, um die Lücken wenigstens einigermaßen zu füllen, will der Schreiber dieser Zeilen auf eine Beobachtung aus seiner eigenen Freiwilligenzeit hinweisen. Während mehreren jüdischen Kollegen, obwohl sie sowohl bei der Truppe, als auch im Spitale befriedigend gedient hatten, die Aufnahme verweigert wurde, weil ihr Gesamteindruck nicht befriedigend sei, wurde ein nichtjüdischer Kollege, der wegen körperlicher Nichteignung überhaupt nicht assentiert worden war und der nie gedient hatte, frischweg von der Promotion in den Rock eines Oberarztes gesteckt. Der scheinbare Widerspruch, daß es trotzdem jüdische aktive Militärärzte gibt, klärt sich einfach dahin auf, daß diese aus der vorurielschen und vorurteilslosen Zeit stammen. Sapienti sat. — Neuesten Nachrichten zufolge hat v. Uriel sich zu einem entscheidenden Schritt entschlossen. Man höre und staune! Die Oberärzte, Regimentsärzte usw. werden von nun an den Titel Oberleutnantsarzt (wie reizend!), Hauptmannsarzt usw. führen. Wenn das nicht unzählige Kollegen anstachelt, in die Armee zu treten, so wird Herr v. Uriel wahrscheinlich es mit der Verleihung der Feldbinde versuchen.

Die Enquete zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die wir in der vorigen Nummer angekündigt haben, nimmt inzwischen ihren Fortgang. In der ersten Sitzung, die unter dem Vorsitze Prof. Fingers stattfand, hielt Professor Lang den einleitenden Vortrag. Hierauf wies v. Noorden darauf hin, daß bei der Hälfte der Personen, die in mittleren Jahren arteriosklerotisch werden, Lues als Ursache angenommen werden muß. Escherich regte die Errichtung eines Heimes für hereditär syphilitische Kinder an. Wagner v. Jauregg gibt an, daß in die österreichischen Irrenanstalten jährlich 1300 Personen mit progressiver Paralyse aufgenommen und mindestens ebenso viele in häuslicher Pflege belassen werden. 2 bis 3% der syphilitisch Erkrankten verfallen der progressiven Paralyse.

In der zweiten Sitzung der Enquete gelangte das Thema: „Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten" zur Verhandlung.

Professor Dr. S. Ehrmann führte aus: Der einzelne Arzt, auch der beschäftigteste, kann sich über die Verbreitung dieses Leidens sowie über das Verhältnis der schweren Formen und der Folgekrankheiten nur ein sehr ungefähres Urteil bilden. Je nach seiner Stellung sieht er die schweren und Spätformen oder mehr die leichten und Frühformen, so daß sein Urteil immer etwas subjektiv gefärbt ist. Nur eine genaue, womöglich amtliche statistische Erhebung könnte ein Material liefern, aus dem verläßliche Zahlenverhältnisse sich ergeben könnten. Da es eine allgemeine Anzeigepflicht für diese Art von Leiden nicht gibt, auch in den Sterberegistern diese Diagnose nicht angeführt wird, so können nur jene Institutionen, welche über die ihnen zugehörigen Personen obligate Aufzeichnungen zu führen in der Lage sind, halbwegs verläßliche Angaben über jene Bevölkerungsschichten liefern, die ihnen zugehören; das sind die Krankenkassen und die Armee. Der Vortragende kritisiert die Verläßlichkeit dieser Zahlen und ihre Verwendbarkeit für allgemein gültige Schlußfolgerungen. Es läßt sich mit ziemlicher Sicherheit schließen, daß die Zahl der Erkrankungen bei den Krankenkassen zwischen 0·8% bis 3% in den verschiedenen Gegenden schwankt.

In der gemeinsamen Armee kommen höhere Ziffern bis über 6% vor, bei der diesseitigen Landwehr über 3%, und zwar aus dem Grunde, weil diese Institutionen jenes Alter umfassen, in welchem nach allen anderen Erhebungen die meisten Infektionen vorkommen, das ist die Zeit vom 20. bis 35. Lebensjahre und weil die meisten der Zugehörigen noch unverheiratet oder fern von der Familie leben. An der Hand statistischer Daten der einzelnen Korps zeigte Redner, daß Südungarn die größte und die westlichen Alpenländer die geringste Krankheitsdichte aufweisen. Die geringere Krankheitsziffer der Landwehr gegenüber der gemeinsamen Armee lasse sich daraus erklären, daß die Zonen der größten Krankheitsdichte außerhalb der im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder liegen. Der Vergleich mit den Dichtigkeitskarten der anderen Militärstaaten (Deutschland, Frankreich, Italien) zeigt in Deutschland die größte Dichte in Sachsen, in Südbayern, dann in den östlichen Provinzen Preußens (Ostelbien), dann kommen erst die Küstenländer mit den großen Kriegs- und Handelshäfen. Die größte Dichte liegt in Frankreich an den Küsten der letzteren Kategorien im Süden und Norden, die geringste in der von Fischern bevölkerten Bretagne. In Italien zeigen Sizilien (im Westen) und die neapolitanischen Provinzen die meisten Erkrankungen.

Unter den Berufsfällen stellen das Gastgewerbe (Kellnerinnen), das Schaustellungsgewerbe das relativ größte, die Bauarbeiter das absolut größte Kontingent. Auch andere Berufe, welche ihre Zugehörigen längere Zeit von ihren Familien fernhalten, sind hoch beteiligt, weil sie mehr Gelegenheit haben, zu erkranken und weniger Gelegenheit zur Behandlung, dabei aber die größere Möglichkeit bieten, die Krankheit weiter zu verschleppen. Auffallend ist der große Anteil von Mittelschulabiturienten, wie aus einer Privatenquete hervorgeht, die Dr. Hecht in Prag angestellt hat. Diesen zunächst kommen die Dienstboten, besonders die unteren Kategorien.

Professor Ehrmannn erörterte sodann die wirtschaftlichen und sozialen Ursachen dieser Erscheinungen. Übertragung auf nicht sexualem Wege, wie im Gewerbe, durch Lebensmittel und Geräte, durch Dienstboten usw. sind immerhin in bedauerlichem Maße vorhanden, doch ist ihre Zahl nicht so beträchtlich, als man oft annimmt. Übertragungen durch Dienstboten scheinen allerdings in Zunahme begriffen zu sein. Hinsichtlich der Erkrankungen des Nerven- und Gefäßsystems muß darauf hingewiesen werden, daß ihr Zahlenverhältnis zu den leichteren und völlig ausheilenden Personen ja nicht feststeht und gerade bei den Behandelten jene Zahl nicht erreicht, die der pessimistischen Anschauung entspräche, die vielfach gehegt wird. Übrigens überwiegen die nichtkonstitutionellen Erkrankungen. Hygienische Maßregeln, wie die bezüglich der Augenblennorrhöe der Kinder. Einrichtungen, die jedem Kranken die systematische Kur ermöglichen, und der organisierte Selbsschutz der Gesellschaft werden dieser Krankheit ebenso Herr werden wie der Lepra, die bis ins XVII. Jahrhundert bei uns heimisch war.

Der zweite Referent Dr. A. Schiff sprach in seiner Eigenschaft als Chefarzt der beiden größten Krankeninstitute Österreichs, der allgemeinen Arbeiterkrankenkasse und des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen, welche zusammen 1906 einen Mitgliederstand von nahezu 300.000 Versicherten erreicht haben, über die Verbreitung der venerischen Erkrankungen bei den Krankenkassen. Die Statistik ergebe für das letzte Dezennium ein starkes Ansteigen der venerischen Erkrankungen, nicht nur absolut, sondern auch im Verhältnis zur Mitgliederzahl. Es zeigen sich starke Differenzen in der Häufigkeit der venerischen Erkrankungen nach der beruflichen Gliederung der Versicherten. Relativ gering ist das Vorkommen der Geschlechtskrankheiten bei den Fabriksarbeitern in der Großindustrie (16 auf 1000 Vollzahler bei der Arbeiterkrankenkasse); es ist nahezu doppelt so groß (32 auf 1000 Vollzahler) im Durchschnitt der genossenschaftlichen Verbandskassen (kleingewerbliche Hilfsarbeiter). Auch in der letzteren Gruppe ergeben sich noch sehr bedeutende Differenzen nach der Zugehörigkeit zu verschiedenen Branchen. Hervorzuheben ist speziell die sehr große Zahl der Geschlechtskranken in gewissen Berufsgruppen (Kürschner, Friseure, Einspänner, Buchdrucker, Bäcker). Der Vortragende erörterte die Momente, welche die abnorme Höhe der venerischen Krankheiten bei diesen Berufsgruppen herbeiführen und erläuterte speziell die tristen hygienischen und sanitären Verhältnisse im Bäckergewerbe (Nachtarbeit, Schlafstellenwesen, Wohnungsverhältnisse), von deren Abstellung allein eine Eindämmung der Geschlechtskrankheiten bei diesem Gewerbe zu erwarten ist.



Es gelangten hierauf die Experten zum Worte. Doktor Brandweiner berichtete über 7417 Fälle (3612 Männer, 3805 Weiber), die in den 5 Jahren 1902/1906 an der Klinik des Professors Finger wegen venerischer Affektionen in Behandlung standen (und zwar in klinischer, nicht in ambulatorischer). Bei diesen 7417 Patienten wurden 10.118 Geschlechtserkrankungen konstatiert, da sich an vielen Kranken gleichzeitig mehrere venerische Affektionen vorfanden. Nahezu 12 % der an Syphilis leidenden Männer waren verheiratet und hatten die Krankheit in der Ehe akquiriert, während der Prozentsatz der verheirateten Frauen mit Syphilis über 7 betrug. Diese erschreckend hohen Ziffern entsprechen jedoch gewiß nicht dem tatsächlichen Verhältnis, da eine große Zahl der verheirateten Personen das Spital nicht aufsucht, um die Krankheit zu verheimlichen. Wie viele Familieninfektionen daher erfolgen mögen, ist gar nicht abzusehen. Aus der Statistik geht ferner hervor, daß rund 67 % der Infektionen bis zum 25. Lebensjahre vorkommen, zwischen dem 25. und 30. Lebensjahre 19 % und darüber hinaus 14 %. Weit über die Hälfte der Infizierten ist also noch minderjährig.

Dr. Scherber besprach die Übertragung der Geschlechtskrankheiten. Neben den Infektionen, wie sie durch Trinkgefäße, Zahnstocher, in Rasierstuben usw. vorkommen, verdienen besonders die Infektionen der Ammen durch syphilitische Säuglinge wie die von Familien durch die ihnen übergebenen Pfleglinge die vollste Beachtung der Allgemeinheit. Die Verbreitung der Krankheit in den Familien durch deren Angehörige sowie Dienstboten kann erst durch Aufklärungen eine Einschränkung erfahren.

Dr. Schnepp erklärte, daß er als Chefarzt der Bezirkskrankenkasse konstatieren könne, daß das größte Kontingent zu den geschlechtlichen Erkrankungen der Maurerstand stelle; es sei dies umso bedenklicher, als eben dieser Stand sehr viele fluktuierende Elemente halte, wodurch die Gefahr der Verschleppung erhöht werde.

Der Vorsitzende der Enquete, Professor Dr. Finger, konstatierte, daß die statistischen Erhebungen, die auch in anderen Hauptstädten gepflogen wurden, das übereinstimmende und zweifellos feststehende Resultat ergeben hätten, daß die Geschlechtskrankheiten bis zu 50 % Krankheiten der Minderjährigen seien. Die bereits erwähnte Enquete des Doktors Hecht habe festgestellt, daß 8 % der Maturanten schon vor der Matura Geschlechtskrankheiten durchgemacht haben. An der Lemberger Klinik seien 10 % der an Geschlechtskrankheiten Behandelten Studenten unter 18 Jahren. In Breslau infizieren sich alljährlich 16 % der Studentenschaft, in Berlin 25 % mit Geschlechtskrankheiten. In Lemberg werden alljährlich 22 % der dortigen Hochschüler geschlechtskrank. Es sind dies eben Krankheiten der Sturm- und Drangperiode. Daraus ergebe sich die Notwendigkeit, für die sexuelle Aufklärung der Jugend Sorge zu tragen.

V. Literatur.

Beiträge zu einer optimistischen Weltauffassung. Von Elias Metschnikoff, übersetzt von Heinrich Michulski. Mit 27 Textabbildungen. München, J. F. Lehmanns Verlag. 6 Mk.

Metschnikoff weist neuerlich in diesem Buche nachdrücklich darauf hin, daß die Erscheinungen des Alterns als ein Problem aufzufassen seien, das eindringend zu studieren, eine der ersten biologischen Aufgaben sei. Er selbst läßt uns auf Grund seiner Studien hoffen, daß das Problem des Alterns auch einst von der Wissenschaft gelöst werde. Damit ist aber der Inhalt dieses geistreichen Buches, das sich vor allem an die junge Generation, und nicht an die, die den Ursachen des vorschnellen Alterns schon unterlegen sind, wendet, nicht erschöpft. Wir finden auch allgemeine moralphilosophische Erörterungen, literarische Studien über Faust, und sonstige wertvolle Gedanken, die einen würdigen Abschluß einer langen Gelehrtenarbeit bilden, die letzthin wieder zu neuen Ehren gelangt. L.

Der plazentare Stoffaustausch in seiner physiologischen und pathologischen Bedeutung. Von Privatdozent E. Kehrer (Heidelberg). Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin. Würzburg. Verlag A. Stuber 1907. Band VII, 2/3.

Unter Berücksichtigung der ganzen diesbezüglichen Literatur zeigt die vorliegende Abhandlung klar, wo die weitere Forschung einsetzen wird müssen, um die bislang noch nicht geklärten Fragen resp. die daraus resultierenden therapeutischen Maßnahmen zu einem eindeutigen Ziele gelangen zu lassen. Infolge dessen ist sie für den Praktiker und Forscher gleich interessant und wertvoll.

VI. Aus der Praxis.

Über das neue Antigonorrhoikum Arhovin. Von Doktor J. Süss, Wien. (Ärztl. Standeszeitung. Wien, 1905, Nr. 22.)

Das Arhovin hat sich in der kurzen Zeit seines Erscheinens einen ehrenvollen Platz in der Therapie der Gonorrhoe und der sonstigen Erkrankungen des uropoetischen Apparates errungen. Süss begann seine Versuche mit Arhovin in Fällen, in denen er mit der örtlichen Behandlung nicht vorgehen konnte oder mit ihr nicht reußierte. Er verwendete es schließlich innerlich und äußerlich, bei Männern und Frauen. Aus einer größeren Anzahl ausführlich mitgeteilter Krankengeschichten sei folgende in extenso mitgeteilt, die die Wirkungsweise besonders charakteristisch wiedergibt: Adolf N. leidet seit vier Jahren an einer Gonorrhoe, die ihm die heftigsten Harnbeschwerden verursacht. Diagnose: Urethritis posterior und Prostatitis chronica. Süss versuchte die kombinierte Arhovinbehandlung, d, i. die interne Verabreichung von täglich 3—6 Arhovinkapseln neben der Einführung von Arhovinstäbchen in die Urethra, anfangs 4, später sogar 8 Stäbchen, später Arhovinglobuli in den Mastdarm. 10 Tage nach diesem Versuche konstatierte Süss, daß die Prostata sich um ein ziemliches Stück verkleinert hatte. Infolgedessen setzte er die dreifache Anwendung des Arhovin weiter fort und konnte am Ende der 7. Woche die Beendigung der Krankheit resp. den Mangel an Gonokokken im Urin und das Fehlen sämtlicher Beschwerden feststellen. Das Resumee, das Süss aus seinen umfangreichen Erfahrungen zieht, lautet folgendermaßen: Das Arhovin wirkt in hohem Grade bakterizid, macht alkalischen Urin wieder sauer, beeinflußt nicht unwesentlich die Harnmenge. Da es antifermentativ und bakterizid wirkt, so ist seine Bedeutung als Antigonorrhoikum gegeben. Besonders muß jedoch erwähnt werden, daß die interne Verabreichung auch nicht in einem einzigen Falle eine Magenbeschwerde verursacht hat. Es ist daher auch zu seinen bisher angeführten Eigenschaften die balsamische Wirkung, ohne die in der Regel unangenehmen Akzidenzfälle bei der Verabreichung der anderen Balsamika herbeizuführen.

* Als Beitrag zur **Pyrenolwirkung** bei Keuchhusten veröffentlicht Dr. Vordross in der „Klin.-therap. Wochenschrift“ Nr. 35, Berlin 1907, eine Anzahl Fälle, die er gleichzeitig mit Antitussin behandelte, das zur Unterstützung der Kur herangezogen wurde. Dem Pyrenol rühmt der Autor nach: „Es ist verblüffend zu beobachten, in welch kurzer Zeit die sedative und expektorierende Wirkung des Pyrenols einsetzt, wobei letzterem das Antitussin in ausgiebigster Weise unterstützend zur Seite steht. Die Anfälle kommen seltener, ihre Vehemenz läßt nach; eine weitere Folge, die ganz besonders in bezug auf den Kräfteverfall der Kinder in Betracht kommt, ist, daß das Erbrechen sistiert und der Appetit schon in 2—3 Tagen sich wieder einstellt.“ Ich gebe dem Kinde je nach dem Alter 4—6 Kaffeelöffel voll täglich von folgender Pyrenollösung:

Rp. Pyrenol, 2·0—5·0
Aq. dest. 80·0
Syr. Rub. Jd. 20·0

und fand, daß bei dieser kombinierten Behandlung selbst schwerste Keuchhustenanfälle nach Ablauf von drei Wochen geheilt wurden.



VII. Notizen.

Freiburg i. Br. Der Geheimrat Prof. Dr. med. Johannes v. Kries, Ordinarius und Direktor des physiologischen Institutes an der hiesigen Universität hat einen Ruf in gleicher Eigenschaft an die Universität München als Nachfolger des Physiologen v. Voit erhalten.

Leipzig. In der medizinischen Fakultät führte sich der Augenarzt Dr. med. Richard Seefelder als Privatdozent für Augenheilkunde ein. In der Probevorlesung sprach er über das Thema: „Die Entstehungsgeschichte der Mißbildungen des Auges.“

Wiener Ärztekammer. Am 10. d. M. fand die 3. Kammer-(Hauptversammlung) der Wiener Ärztekammer statt, in welcher der Rechnungsabschluß der Kammer pro 1907 vorgelegt und genehmigt wurde. Es wurde eine Zuschrift des Geschäftsausschusses der österr. Ärztekammern kundgemacht, in welcher dieser auf den im Herbst 1908 in Rom stattfindenden internationalen Arbeiterversicherungs-Kongreß aufmerksam macht. Auf der Tagesordnung dieses Kongresses stehen Fragen, die die Interessen der Ärzte teils direkt berühren, teils in erster Linie von Ärzten zu beantworten sein werden. Weiters wurde ein vom Vorstande der Kammer vorgelegtes Referat über die Verwendungszeugnisse der Hilfsärzte und Hospitanten angenommen. Darnach sollen in Hinkunft, ohne das System der Privatzeugnisse zu tangieren, k. k. Amtszeugnisse, bezw. Anstaltszeugnisse ausgestellt werden, falls eine mindestens sechsmonatliche Verwendung erfolgte. Bei kürzerer Zeit sind nur Bestätigungen auszufolgen. Eine Antwort des Vorstandes an den Magistrat wegen vorkommenden Nichtübereinstimmens von Zeugnissen von Privatärzten über den Gesundheitszustand städtischer Angestellter mit dem Gutachten des Stadtphysikates wurde genehmigend zur Kenntnis genommen. Ein Bericht über die Prüfung der Komitees zur Prüfung der Ärztekammerwahlen wird zur Kenntnis genommen; desgleichen eine Zuschrift des Vorstandes an die Post- und Telegraphendirektion, die Staatsanwaltschaft, den Magistrat, die Statthalterei und an die Polizeidirektion wegen Bezeichnung von Zahntechnikern als „Zahnärzte“ im Telephon-Abonnenten-Verzeichnis. Es wurde ferner beschlossen, Maßnahmen gegen die Einschränkung der Freizügigkeit der Ärzte durch ungerechtfertigte Boykottierungen zu treffen. Schließlich wurde beschlossen, es als standeswidrig zu erklären, wenn ein Arzt Angehörigen der Konsumentenliga Preisnachlässe gewährt.

XVI. Internationaler medizinischer Kongreß in Budapest. Der XVI. Internationale medizinische Kongreß wird unter dem Protektorate Sr. k. u. k. Apostolischen Majestät des Kaisers im Jahre 1909 in Budapest stattfinden. Die kgl. ungarische Regierung sowie die hauptstädtischen Munizipalbehörden werden dem Kongresse die werktätigste Förderung zuteil werden lassen. Das nähere Kongreßprogramm wird seinerzeit bekannt gegeben werden.

Ärztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien. Ergebnis der am 20. Dezember 1907 stattgefundenen Ärztekammerwahlen:

Wahlgruppen:	Kammermitglieder:	Stellvertreter:
Pol. Bez. Amstetten	W. A. Karl Reinhardt Neumarkt a. d. Ybbs	Dr. K. Schickelberger Amstetten
„ „ Baden	Dr. Anton Probst Traiskirchen	Dr. Hugo Mühmler Weissenbach a. d. Tr.
Stadt Baden	Dr. Gustav Jägermayer Baden	Dr. H. R. v. Kießling Baden
Pol. Bez. Bruck a. d. L.	Dr. Rod. Koralewsky Hennersdorf	Dr. Oktavian Fuchs Schwechat
„ „ Floridsdorf Umgeb.	unentschieden	unentschieden
„ „ Gänserndorf	W. A. Isidor Überall Matzen	Dr. Hermann Weldler Marchegg
„ „ Gmünd	Dr. Alois Reinagl Schrems	Dr. Fritz Georg Blank Heidenreichstein
„ „ Hietzing Umgeb.	Dr. Eduard Weiss Purkersdorf	Dr. Franz Niedermayer Preßbaum
„ „ Ober-Hollabrunn	Dr. Josef List Retz	Dr. Franz Fuhrmann Wullersdorf
„ „ Horn	Dr. Alfred Wallner Eggenburg	Dr. Josef Strasser Eggenburg
„ „ Korneuburg	Dr. Hans Riss Stockerau	Dr. Leop. Nekowitsch Stammersdorf
„ „ Krems	Dr. Johannes Sauer Krems	Dr. Josef Hiedler Langenlois
„ „ Lilienfeld	Dr. Alfr. Hoflehner Ägyd a. Neuwald	Dr. Franz Winkler Hainfeld
„ „ Melk	Dr. Anton Schatzl Melk	Dr. Oskar Hoffmann St. Leonhard a. Forst
„ „ Mistelbach	Dr. Fried. Janeczek Herrnbaumgarten	W. A. Jonas Schläfrig Mistelbach

Wahlgruppen:	Kammermitglieder:	Stellvertreter:
Pol. Bez. Mödling	Dr. Max Wimmer Rodaun	Dr. Adolf Eckstein Ebreichsdorf
„ „ Neunkirchen	Dr. Odorico v. Susani Gloggnitz	Dr. Karl Heissenberger Pottschach
„ „ Wr.-Neustadt	Dr. Stanislaus Tschada Ebenfurth	Dr. Albin Spitaler Kirchberg a. Wechsel
Stadtbz. Wr.-Neustadt	Dr. Frz. v. An der Lahn Wr.-Neustadt	Dr. Ludwig Lausecker Wr.-Neustadt
Pol. Bez. Pöggstall	unentschieden	Dr. R. Tusch v. Rettenthurm, Persenbeug
„ „ St. Pölten	Dr. Hans Wolfram Traismauer	Dr. Karl Demus Pyrha-Harland
„ „ Scheibbs	Dr. Herm. Schredt Wieselburg	Dr. Franz Mittner Steinakirchen
„ „ Tulln	Dr. Julius Plenk Tulln	Dr. Hans Jarosch Kirchberg a. Wagram
„ „ Waidhofen a. d. Th.	Dr. Richard Seligmann	Dr. Rudolf Kraus Gr.-Siegharts
„ „ Zwettl	Dr. Frz. Weissmann Zwettl	Dr. Georg Pawlinec Rappottenstein

VIII. Eingesendet.

Kundmachung.

Die im Sinne des Gesetzes vom 16. Jänner 1896 R.-G.-Bl. 89 ex 97 zunächst für Aspiranten auf Marktkommissärstellen jährlich abzuhaltenden Kurse

a) über mikroskopische Trichinenschau,

b) über vegetabilische Nahrungs- und Genußmittel,

c) über chemische Technologie der Nahrungs- und Genußmittel werden, und zwar der erste in der k. u. k. tierärztlichen Hochschule in Wien vom 6. bis 18. April l. J. an Wochentagen, der zweite und dritte Kurs in der Dauer von 10 Wochen vom 22. April dreimal wöchentlich von 3—5 Uhr nachmittags im Hörsaale des hygienischen Institutes in Wien stattfinden.

Die Prüfungen werden nach Schluß der Kurse abgehalten.

Ärzte, Tierärzte und Aspiranten auf Vieh- und Fleischbeschauer-, sowie auf Marktkommissärstellen u. a., welche an diesen unentgeltlich abzuhaltenden Kursen teilnehmen wollen, haben sich vor Beginn derselben im Rektorate der k. u. k. tierärztlichen Hochschule in Wien bezw. in der k. k. allgemeinen Untersuchungsanstalt in Wien IX., Schwarzspanierstraße 17, zu melden.

Wien, am 7. März 1908.

Von der k. k. nied.-österr. Statthalterei.

IX. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle in Ramsau, politischer Bezirk Lilienfeld (Niederösterreich). Die bisherigen fixen Bezüge bestanden in 1400 K Landessubvention, 800 K als Beitrag der Gemeinde nebst einem weiteren Zuschuß von 200 K, ferner 240 K vom Bezirksarmenrate Hainfeld und annähernd 600 bis 800 K von der Krankenkasse in Hainfeld. Die Führung einer Hausapotheke ist erforderlich. Die mit dem Diplome, dem Tauf- (Geburts-) scheine, dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, dem Sittenzeugnisse, einem staatsärztlichen Gesundheitszeugnisse, sowie mit den Nachweisungen über die bisherige Verwendung belegten Gesuche sind bis längstens 30. März d. J. an die Gemeindevorstehung Ramsau zu richten.

Gemeindearztesstelle in Murstetten (Niederösterreich), politischer Bezirk Tulln. Gemeindebeitrag 800 K, freie Wohnung und jährlich 16 Raummeter Holz; bisherige Subvention vom niederösterreichischen Landesausschusse 300 K. Führung einer Hausapotheke erforderlich. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit dem Doktordiplom, dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Heimatscheine, dem Sittenzeugnisse, dem von einem Amtsarzte ausgestellten physischen Tauglichkeitszeugnisse un ddem Nachweise über die bisherige Verwendung belegten Gesuche bis längstens 5. April d. J. an den Bürgermeister in Murstetten zu richten.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 13. Wien, 28. März 1908. **Nr. 13.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13218) zu senden.

Über die Behandlung Herzkranker im Stadium lebensbedrohlicher Inkompensation.

Von **Dr. Siegmund Kreuzfuchs.**

Die Beurteilung, welchen Verlauf Kompensationsstörungen bei Herzkranken nehmen werden, ist eine sehr mißliche Sache: einerseits sieht man Kranke mit schwer geschädigter Zirkulation sich erholen und noch monate-, ja selbst jahrelang leben, anderseits erliegen Patienten mit kaum angedeuteter Insuffizienz des Herzens in verhältnismäßig kurzer Zeit ihrem Leiden. Es ist daher die erste Pflicht des Arztes, jedes, scheinbar noch so geringfügige Zeichen von Inkompensation genau zu bewerten und die Umgebung des Kranken auf die eventuell drohende Lebensgefahr aufmerksam zu machen. Eine Ohnmacht, ein rasch vorübergehender Asthmaanfall, sind oft das erste Glied in der Kette von Symptomen, die in kurzer Zeit den Tod herbeiführen.

Man mache es sich zur obersten Regel, jeden Patienten mit Insuffizienzerscheinungen des Herzens als Schwerkranken zu betrachten und ihn nicht aus den Augen zu lassen, solange nicht sein Herz wenigstens den Minimalansprüchen des Lebens wieder gewachsen ist.

Bevor ich auf die Therapie eingehe, möchte ich noch einige Bemerkungen vorausschicken. Jedem Organe stehen zwei Arbeitsquellen zur Verfügung: die Normalkraft und die Reservekraft. Wir arbeiten für gewöhnlich nur mit der Normalkraft d. h. jener Summe von Energie, die täglich verbraucht und täglich wieder erneuert wird. Solange die Ausgaben die Einnahmen nicht überschreiten, befindet sich unser Organismus im Gleichgewichte. Nur in Ausnahmsfällen greifen wir unsere Reservekraft an; geschieht dies aber öfter, so stellt sich früher oder später eine Insuffizienz des übermäßig in Anspruch genommenen Organes ein. Erkrankt nun ein Organ, so kann es durch Heranziehung der Reservekraft selbst für längere Zeit vollkommen funktionstüchtig erscheinen, bis dann — oft ganz plötzlich — der Zusammenbruch eintritt. Nun hängt es aber ganz von der Lebenswichtigkeit eines Organes ab, welche Folgen ein solcher Zusammenbruch nach sich zieht. Ein erkranktes Organ muß aber nicht immer die Reservekraft in Anspruch nehmen, es kann entweder seine Arbeitsleistung ohne wesentlichen Schaden für den Gesamtorganismus reduzieren oder es schafft sich in Form der Kompensation eine neue Arbeitsquelle.

Übertragen wir diese Betrachtungen auf das Herz, so ergibt sich: hat das Herz, sei es durch Erkrankung der Klappen, des Herzmuskels, der Kranzgefäße oder durch Einschaltung peripherer Widerstände Schaden erlitten, so kann es — nach vorübergehender Funktionsstörung — wieder leistungsfähig werden, wenn entweder die Arbeitsansprüche, die man an dasselbe stellt, reduziert werden, oder wenn durch Hypertrophie seiner Muskulatur oder durch Verringerung der peripheren Widerstände eine Kompensation geschaffen wird. Es wird in allen diesen Fällen für das im gewöhnlichen Sinne nicht mehr normale Herz gleichsam eine zweite Norm geschaffen. Wird diese Norm an Arbeitsleistung überschritten, so kann, muß aber nicht — und gerade das ist der springende Punkt — sich eine Insuffizienz einstellen, es hängt eben ganz davon ab, ob die Reservekraft hinreicht, wenigstens für eine Zeit den erhöhten Anforderungen zu entsprechen. Selten aber geht der Moment des Aufbrauches an Normalkraft ohne Zeichen vor sich, und darum habe ich gleich zu Beginn erwähnt, daß man jedem Insuffizienzsymptome bei Herzkranken ganz besondere Aufmerksamkeit schenken muß. In allen Fällen treten aber, bevor noch die Reservekraft in Anspruch genommen wird, schwere Symptome von seiten der Zirkulationsorgane auf, so daß die Erscheinung, daß augenscheinlich schwer Herzkranke sich wieder erholen, während andererseits anscheinend kräftige Leute in kurzem ad exitum kommen, nichts mehr Paradoxes an sich hat.

Nach alledem ist es klar, daß jeder Herzkranke mit Insuffizienzsymptomen ins Bett gehört, gleichgültig, ob er den Eindruck eines Schwerkranken macht oder nicht. Da der Kranke nur mehr auf die Reservekraft seines Herzens angewiesen ist, müssen alle aktiven Bewegungen ausgeschaltet, die passiven auf ein Minimum reduziert werden. Diese Maßregel zu betonen, erscheint auf den ersten Blick überflüssig, denn, ist der Patient heruntergekommen, leidet er an Atemnot, ist seine Beweglichkeit überdies durch hochgradige Ödeme gehemmt, dann finden wir ihn eo ipso im Bette vor, ist dagegen sein Herz durch Heranziehung der Reservekraft relativ suffizient, dann können wir ihm schwer-

lich die Notwendigkeit absoluter Bettruhe beibringen. Im letzteren Falle muß der Arzt seine ganze Energie aufbringen, darf bei keiner halben Maßregel stehen bleiben, sondern muß es unbedingt durchsetzen, daß seiner Forderung von seiten des Patienten entsprochen werde. Es genügt eben nicht, irgend ein Kardiakum aufzuschreiben und dann den Patienten seinem weiteren Schicksale zu überlassen.

Hat man den sich noch relativ wohl fühlenden Patienten zur Bettruhe bewogen, dann wird man nach einiger Zeit das Überraschende erleben, daß der Patient sich über Mattigkeit und Schwäche beklagt und dem Arzte die heftigsten Vorwürfe macht, er sei durch die Verordnung der Ruhe an der Verschlechterung des Zustandes schuld. Es ist eine merkwürdige Beobachtung, die man nicht nur bei Herzkranken, sondern oft auch bei Neurasthenikern macht, daß sie durch die Ruhe, wie sie sich ausdrücken, geschwächt werden. Zur Erklärung dieser paradoxen Erscheinung greife ich nochmals auf die Reservekraft zurück: solange der Kranke mit der Reservekraft auskommt, kommt ihm die Schwere seiner Krankheit nicht zum Bewußtsein, erst bis die Reservekraft durch die Ruhe ausgeschaltet ist, stellt sich, da er nun mit seiner hochgradig reduzierten Normalkraft zu arbeiten beginnt, ein Gefühl großer Hinfälligkeit ein. Ich habe es mir daher schon lange zur Regel gemacht, alle Patienten, bei denen mir absolute Ruhe angezeigt erscheint, im voraus auf diese Reaktion aufmerksam zu machen. Hat man den Patienten zur Bettruhe bewogen oder findet man ihn bereits im Bette vor, so muß weiters das Augenmerk auf eine ausgezeichnete Krankenpflege gerichtet werden. Ein kräftiger Wärter, der den Kranken im Bedarfsfalle schonend heben, umlegen usw. kann, muß ständig um den Kranken sein.

Weiters muß für eine leichte, aber kräftige Diät gesorgt werden, bestehend aus: Milch, Kakao, eventuell weißem Kaffee oder schwachem Tee, weichen Eiern, Toast, Kalbfleisch, Hühnern, Reis, passiertem Gemüse, passiertem Kompot usw. Ist der Stuhl unregelmäßig oder hart, so muß durch Verabreichung von Pulvis Liquiritiae, einem halben Glase Bitterwasser oder ähnlichen nicht drastisch wirkenden Abführmitteln nachgeholfen werden. (Schluß folgt.)

II. Wochenschau.

Von **Spektator**.

Die Wiener Spitalsmisere. — Erklärungen des Ministers des Innern. — Statistische Daten über die Prostitution.

Ein altes Wiener Lied, die Spitalsmisere, kam durch eine Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes, der endgültig der Gemeinde die Pflicht für die Errichtung der Spitäler auferlegte, wieder in Erinnerung. Die Wiener Kommunalpolitiker machen sich doch ihre Pflichten gar zu leicht. Jede Stadt in ganz Österreich, selbst irgend ein galizisches Nest, sieht es als ihre selbstverständliche Aufgabe an, für die unbemittelten Kranken zu sorgen, und kommt dieser Aufgabe schlecht und recht, öfters allerdings mehr schlecht als recht, nach. Nur die Wiener Gemeindeverwaltung wollte auf Grund des zufälligen Bestandes eines in staatlicher Verwaltung stehenden Krankenhausfondes von dieser Aufgabe enthoben sein. Solange dieser Fond aktiv war, ging diese Fiktion noch an. Als er aber passiv wurde, entbrannte die bekannte, einer Millionenstadt unwürdige Fehde zwischen der Gemeinde Wien und der Statthalterei, wem von beiden die Fürsorge für die armen Kranken zufalle. Die Gemeinde glaubte sich schlauer Weise aus der Schlinge zu ziehen, indem sie freiwillig anläßlich des Jubiläums des Kaisers ein neues Spital zu erbauen beschloß. Die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes aber macht ihren Plan zunichte. Ob aber mit der Errichtung des neuen Spitales diese Frage gelöst ist, ist, nach den Intentionen der Gemeinde zu schließen, sehr zweifelhaft. Die Gemeinde will das neue Spital für die nach Wien oder Niederösterreich Zuständigen reservieren. Das ist ein ganz verfehlter Gesichtspunkt.

Vielleicht belehrt sie, wenn nichts anderes, ein in der letzten Zeit vorgekommener Selbstmordversuch eines Besseren. Ein Tuberkulöser im fortgeschrittenen Stadium, der von allen Spitälern weggewiesen wurde, andererseits aber arbeitsunfähig war, wollte in seiner Verzweiflung seinem Leben ein Ende machen. Das ist der springende Punkt.

Diese schweren Fälle von Tuberkulose, die unheilbar sind, füllen die Wiener Spitäler, nehmen den anderen Kranken die Plätze weg, siechen langsam ihrem Ende entgegen und werden daher nur in den dringendsten Fällen aufgenommen. Haben sie noch irgendwo einen Unterschlupf, so sind sie für ihre Umgebung eine ständige Ansteckungsgefahr. Finden sie ihn aber nicht, so hat auf der „glücklichen Insel“ nur — die Straße Raum für sie, wenn sie eben nicht die aus der jetzigen Gemeindewirtschaft notwendig folgenden letzten Konsequenzen ziehen wollen. Für diese Kranken soll die Gemeinde Wien ein Spital bauen, damit trifft sie zwei Fliegen mit einem Schlage. Sie entlastet alle Wiener Spitäler und genügt einer Pflicht der Humanität, wenn auch dieses Wort für diese Herren nur ein leerer Schall ist.

Der Minister v. Bienerth sprach bei der Budgetberatung auch über die Wiener Krankenhausfrage. Der Kern seiner Ausführungen ist, daß die Frage nicht nur ministeriell, sondern auch — interministeriell studiert wird. Nur langsam voran, nur langsam voran . . .

Sonst gab er eine Reihe wichtiger Erklärungen ab, die wir unseren Lesern nicht vorenthalten wollen.

Von mehreren Seiten wurde unter Hinweisung auf die Rückständigkeit der sanitären Einrichtungen in Österreich eine Reorganisation dieses Zweiges der politischen Verwaltung angeregt. Wenn nun auch die in dieser Beziehung erhobenen Klagen nicht in ihrem vollen Umfange berechtigt sein dürften, kann gleichwohl nicht in Abrede gestellt werden, daß die vor 38 Jahren erfolgte Organisation dieses Dienstzweiges angesichts der großen Fortschritte auf wissenschaftlichem Gebiete, in der Kenntnis der Ursachen und Bekämpfung von Krankheiten sich heute nicht mehr als ausreichend erweist, daß daher eine den modernen Anforderungen Rechnung tragende Ausgestaltung der bestehenden Organisation anzustreben ist. Diese wird um so dringender notwendig, sobald das zu gewärtigende Reichsseuchengesetz in Kraft getreten sein wird. Die Ausgestaltung wird vor allem an der obersten Stelle in Angriff zu nehmen und auch der Oberste Sanitätsrat in die Lage zu versetzen sein, daß er den vielen und wichtigen an ihn herantretenden Anforderungen in vollem Umfange nachkommen kann. Hiezu bedarf derselbe eigener Hilfsinstitute, in welchen Studien über Nutzbarmachung der Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen für die Praxis durchgeführt werden. Es ist mit Errichtung der pharmazeutischen Untersuchungsanstalt zu dieser Ausgestaltung bereits der Anfang gemacht worden für die Errichtung von bakteriologisch-diagnostischen Untersuchungsanstalten zur frühzeitigen Feststellung von Infektionskrankheiten, welche unerläßlich sind, wurden in dem Kredite für Maßnahmen gegen Epidemien, Endemien und Volkskrankheiten Mittel vorgesehen. Der Oberste Sanitätsrat ist gegenwärtig mit der Ausarbeitung von Vorschlägen zur Ausgestaltung des öffentlichen Sanitätswesens beschäftigt. Die Anträge dieses Fachrates werden für die weitere gedeihliche Lösung der Frage von wesentlicher Bedeutung sein.

Der Entwurf eines Reichsseuchengesetzes zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten sei im Ministerium des Innern auf Grundlage des vom Obersten Sanitätsrate erstatteten Gutachtens ausgearbeitet und von einer interministeriellen Kommission, welcher auch hervorragende Vertreter der einschlägigen medizinischen Fächer und Vertreter aus amtlichen Kreisen zugezogen waren, einer eingehenden Beratung unterzogen. Es seien nur noch Verhandlungen mit den beteiligten Resortministern durchzuführen, worauf der Gesetzentwurf dem Reichsrate zur Beratung vorgelegt werde.

Der Minister befaßt sich hierauf mit den im letzten Jahre in einzelnen Orten aufgetretenen epidemischen Erkran-



kungen (Typhus), deren Ursache vor allem in verunreinigtem Trinkwasser zu suchen gewesen sei. Im Zusammenhange mit der im Vorjahre in Wien aufgetretenen Blatternepidemie sei auch die Frage der Einführung des Impfzwanges wieder in den Vordergrund der Erörterung getreten. Der Minister bekennt sich offen als einen unbedingten Anhänger der Schutzimpfung, er glaubt jedoch, daß die Frage, wie man zu einer möglichsten Verbreitung dieser Impfung zu gelangen habe, noch nicht vollkommen spruchreif sei. (Wird diese Frage erst dann spruchreif werden, bis wir noch ein paar Blatternepidemien durchgemacht haben? Anm. d. Aut.) Er möchte das Ergebnis der diesbezüglich auch im obersten Sanitätsrate anhängigen Beratungen abwarten, ehe eine definitive Stellungnahme in dieser Frage erfolge.

Mit besonderer Freude habe der Minister die Anerkennung vernommen, die der Berichterstatter dem Wirken und der Tätigkeit des Serotherapeutischen Institutes in Wien und seines derzeitigen Leiters gezollt hat. Er müsse zugeben, daß die Entwicklung dieser Anstalt bisher durch die Beschränktheit der zur Verfügung gestellten Mittel, sowie die Räumlichkeiten der Anstalt etwas gelitten habe. Nunmehr solle das Institut jedoch in dem der Vollendung entgegengehenden Neubau des hygienischen Institutes untergebracht werden, und der Minister werde dann gewiß auch nicht ermangeln, für die Erhöhung der Institutsdotation einzutreten, damit die Anstalt auch weiterhin eine entsprechende Tätigkeit entfalten könne.

Die sogenannte Verordnung B zum Apothekengesetz, durch welche jene mit dem pharmazeutischen Berufe zusammenhängenden oder mit demselben verwandten Beschäftigungen, die als sachliche Tätigkeit im Sinne der Bestimmungen des Apothekertages zu betrachten sind, geregelt werden, sei im Entwurfe festgestellt und dürfte in allernächster Zeit erledigt werden. Der Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Ausübung der Zahnersatzkunde und den Betrieb der Zahntechnik, sei gleichfalls fertiggestellt und werde dem Abgeordnetenhause nach seinem Wiederzusammentritte vorgelegt werden. Die Vorschriften zum Schutze der Gesundheit der Arbeiter in Gewerbebetrieben, welche wegen des verarbeiteten bleihältigen Materials, beziehungsweise Weißphosphors, zu Gesundheitsstörungen Anlaß geben, werden im Handelsministerium ausgearbeitet.

Der Minister teilt weiters mit, daß im Laufe dieses Sommers eine Lebensmitteluntersuchungsanstalt in Innsbruck werde eröffnet werden, daß die Absicht bestehe, dann an die Errichtung einer solchen Anstalt in Lemberg zu schreiten, und daß nach dem Programme der Regierung hierauf die Verhandlungen wegen der Errichtung einer Anstalt in Brünn eingeleitet werden sollen.

Bei der Enquete zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten teilte Dr. Merta folgende statistische Daten mit, die sich auf das Alter, den Stand und die frühere Beschäftigung der Prostituierten bezogen. Demnach standen im Durchschnitt des letzten Dezenniums von den Prostituierten $13^1/_2\%$ im 15. bis 20., $31{\cdot}7\%$ im 20. bis 25. und 27% im 26. bis 30. Lebensjahre. 85% der im letzten Dezennium aufgenommenen Prostituierten waren minderjährig; 92% derselben waren ledig, 3% verheiratet, 3% geschieden und 2% verwitwet. Was die Erkrankungen anbelangt, so betrug dieselbe $23{\cdot}79\%$, so daß fast jede vierte Prostituierte im Laufe jedes Jahres erkrankie. Noch viel ungünstiger gestaltete sich das Verhältnis bei den nicht reglementierten Prostituierten, wo dasselbe 56% betrug.

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

In der Ausstellung selbst wurden die Präparate der experimentellen Abteilung des hygienischen Institutes Marburg, die unter der Leitung des bekannten Tuberkuloseforschers v. Behring hergestellt sind, viel vermerkt. Das Bovovakzin, der Schutzimpfstoff gegen die Perlsucht der Rinder, und die Tuberkulose, die durch Behandlung von Tuberkelbazillen mit Chloralhydrat gewonnen wird, nahmen das größte Interesse der gelehrten Versammlung in Anspruch. Ferner sind serumtherapeutische Präparate, Antikulose, Diphtherieheilserum usw. ausgestellt. Stereoskopische Aufnahmen veranschaulichen Tuberkulosebazillen in verschiedenem Wachstumszustande.

Die Hauptarbeit des Kongresses liegt in Sektionen. Am Tage zuvor tagten nach ihrer Konstituierung bereits kurze Zeit einige der acht Sektionen, von welchen mehrere noch Untersektionen hatten.

Unter Beteiligung von über 3000 Personen trat der Internationale Kongreß für Hygiene und Demographie zu seiner zweiten Plenarsitzung im großen Sitzungssaale des Reichstages zusammen. Den Vorsitz führte wieder Prinz zu Schönaich-Carolath. Zahlreiche Regierungsvertreter aus aller Herren Länder wohnten den Verhandlungen bei. An erster Stelle sprach der Vertreter Frankreichs, Prof. Dr. Chantemesse, Paris, über die Serotherapie des typhösen Fiebers. Dr. Haldane, Oxford, erörterte die Anforderungen, welche die Hygiene in bezug auf die Bergarbeiter stellt. Professor Dr. Schattenfroh, Wien, sprach über die Grundlagen der hygienischen Wasserbegutachtung.

Nach Schluß der Plenarsitzung traten wieder die acht Sektionen zu ihren Arbeiten zusammen.

In der ersten Sektion beschäftigte man sich auch weiterhin mit den Erregern der Genickstarre, den Meningokokken. Allgemein wurde zugestanden, daß eine wirksame Bekämpfung der furchtbaren Seuche zurzeit noch nicht möglich ist, da man die letzten Ursachen der Entstehung und Übertragung der Genickstarre nicht kennt. Wohl aber wurde konstatiert, daß der Meningokokkus außerhalb des menschlichen Körpers rasch zugrunde geht, auch auf Tiere nicht übertragbar ist. Seine Verbreitung kann daher nur von Mensch zu Mensch im direkten Verkehre erfolgen. Wie bei der Tuberkulose, so scheint auch bei der Genickstarre das frische, feuchte Rachensekret der gefährlichste Krankheitsübertrager zu sein. Vorsicht im Verkehre mit anderen Menschen erscheint daher beim Auftauchen von Genickstarreepidemien am Platze. Das beste wäre naturgemäß die Absonderung aller Kokkenträger, doch würde dies nur mit großen Kosten herbeizuführen sein. Von mehreren Rednern wurde gewünscht, daß möglichst viele bakteriologische Untersuchungsstellen geschaffen werden und daß die Krankheit sofort bei ihrer Entstehung von Sachverständigen beobachtet wird. Wie Geh.-Rat Flügge, Breslau, dazu mitteilte, wird die Reichsregierung ein Merkblatt schaffen, das die Bevölkerung über die bisherigen Ergebnisse der Meningokokkenforschung unterrichtet. Schließlich wurde noch einer durchgreifenden Desinfektion das Wort geredet, die sofort nach Ausbruch einer Epidemie einzusetzen hätte.

Das wichtige Thema der Wurmkrankheit wurde in der vierten Abteilung von nicht weniger als vier Referenten eingehend behandelt. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Löbker, Bochum, führte aus, daß die Wurmkrankheit durch die Anwesenheit einer größeren Menge von lebenden, geschlechtsreifen Ankylostomen im Dünndarm des Menschen verursacht wird. Die Infektion erfolgt durch Einwanderung der eingekapselten Wurmlarven entweder durch den Mund oder nach Verlust der Kapsel durch die äußere Haut des Menschen. Die Ankylostomoiasis kommt in tropischen und subtropischen Ländern, wo der Parasit heimisch ist, als Volksseuche, in den nördlichen Breitengraden nur bei den Mitgliedern ganz bestimmter Berufsarten vor. Die große Mehrzahl der Wurmbehafteten fühlt sich gesund und bietet keinerlei Zeichen schädlicher Einwirkung der Parasiten auf die Gesundheit des Wirtes dar. Maßgebend für die Entstehung und den Grad der Krankheit sind die Anzahl der im Darm vorhandenen Würmer, die Dauer der Infektion, die Widerstandsfähigkeit des einzelnen Menschen und in den tropischen Ländern das Lebensalter.



Die Diagnose der Krankheit kann mit Sicherheit nur durch mikroskopische Untersuchung der menschlichen Fäzes, d. h. durch den Nachweis der Wurmeier in denselben, gestellt werden. Selbstheilung kann durch allmähliches Absterben der Würmer erfolgen, wenn keine Infektionsstoffe weiter nachgeschoben werden. Durch eine erfolgreiche Abtreibungskur wird selbst in schweren Fällen die Gesundheit völlig wieder hergestellt. Zur erfolgreichen Bekämpfung der Wurmkrankheit ist die Feststellung sämtlicher Wurmbehafteten auf der infizierten Arbeitsstelle erforderlich. Als zuverlässige Abtreibungsmittel haben sich bisher Extractum filicis mar. Äther. und das Thymol bewährt; ein wirksames und zugleich ungefährliches Abtreibungsmittel ist noch nicht gefunden worden.

Der zweite Referent Dr. Bruns, der Direktor des Institutes für Hygiene und Bakteriologie zu Gelsenkirchen, beschäftigt sich eingehend mit den Maßregeln zur Bekämpfung der Wurmkrankheit, die er als eine Berufskrankheit der unterirdisch beschäftigten Bergarbeiter schilderte. Die Verseuchung der deutschen Bergwerke ist ursprünglich von auswärts erfolgt, von Italien aus und durch die Gotthardtunnelepidemie. Natürlich muß zur Disposition einer Zeche eine Infektion von außerhalb ebenfalls hinzukommen, um ihre Verseuchung herbeizuführen. Die Verbreitung der Krankheit von einer Kohlengrube zur anderen ist hauptsächlich durch den starken Belegschaftswechsel bedingt. Eine disponierte Grube kann durch jeden Bergmann verseucht werden. Nicht nur die Wurmkranken, sondern vielmehr die an Zahl weit überwiegenden gesunden Wurmträger kommen für die Verbreitung der Krankheit in Betracht. Als Hauptinfektionsstelle ist ein Kothaufen oder seine unmittelbare Nachbarschaft anzusehen. Ein Transport der Larven durch Wasser ist möglich. Für die Annahme, daß durch die Kohlenberieselung eine Verbreitung der Wurmkrankheit erfolgen könne, liegt kein genügender Grund vor. Daß die eingekapselten Larven imstande sind, durch eigene Bewegung weite Strecken zurückzulegen, ist wohl zu bezweifeln. Die erste Aufgabe einer rationellen Bekämpfung der Wurmkrankheit ist die Feststellung des Grades der Verseuchung einer Zeche, durch die mikroskopische Untersuchung der Fäzes der Gesamtbelegschaft. Die Zurückdrängung der Krankheit aus einer verseuchten Belegschaft ist um so schwieriger, je stärker die Verseuchung ist. Die Maßregeln dürfen erst dann vollständig wieder aufgehoben werden, wenn entweder kein Wurmträger sich mehr unter der Belegschaft befindet und gleichzeitig dafür gesorgt wird, daß kein neuer Infektionsstoff mehr von außen hineingetragen werden kann, oder wenn die physikalischen Verhältnisse unter Tage derart geworden sind, daß sie eine Verbreitung der Krankheit unmöglich machen. Aufsuchung möglichst aller Wurmträger und Fernhaltung derselben von der Arbeit unter Tage ist das wirksamste Mittel zur Bekämpfung der Wurmkrankheit. Das wird ermöglicht durch eine periodisch sich immer wiederholende mikroskopische Untersuchung der Gesamtbelegschaft durch besonders dazu ausgebildete Ärzte. An die Ermittelung der Wurmbehaftung hat sich zweckmäßig alsbald eine Abtreibungskur anzuschließen. Durch Belehrung der Belegschaft über die Natur der Krankheit ist dem einzelnen die Möglichkeit gegeben, selbst gelegentlich Infektionen zu vermeiden und auch seine Arbeitsgenossen davon zurückzuhalten, neue Infektionsgelegenheiten zu schaffen. Dazu ist zunächst notwendig, daß in jeder Zeche über Tage Abortanlagen in ausreichendem Maße und in zweckmäßigem Zustande vorhanden sind. Zweckmäßig ist die Bereitstellung größerer Räumlichkeiten auf jeder Zeche, in der den Bergleuten die Möglichkeit gegeben ist, sich umzukleiden und nach der Arbeit zu baden.

Gemeinschaftliche Badebassins sind zu vermeiden. Von einer Desinfektion größerer Grubenstrecken ist Abstand zu nehmen, da sie praktisch undurchführbar erscheint. Sofern das zur Berieselung dienende Wasser hygienisch einwandsfrei ist, ist Sorge für besondere Trinkwasseranlage unnötig. Die in Deutschland eingeführte Kohlenstaubberieselung braucht nicht aufgehoben zu werden, da die Statistik der Krankheitsfälle in dem Jahre nach Einführung der Berieselung nicht erkennen läßt, daß diese von großem Einflusse gewesen ist.

Der dritte Referent Prof. Conti, Cremona, bezeichnete das Problem der Prophylaxe der Wurmkrankheit von einschneidender sozialer Bedeutung, einmal weil die Krankheit zahlreiche Arbeiterfamilien heimsuche, zweitens weil sie auch die heranwachsende Jugend nicht schone und degenerative Wirkungen bei ihnen hervorrufe, drittens weil sie organische Verletzungen herbeiführe und viertens weil die Übertragung der Krankheit auf andere Arbeiterklassen, speziell die Landarbeiter, die Prophylaxe mehr und mehr erschwere. Das einzige Mittel, um die Prophylaxe durchzuführen, sei die strenge Überwachung der betroffenen Klassen, um die verborgenen und offenen Formen der Wurmkrankheit festzustellen.

Dr. Belbastaille, Lüttich, gab ein Bild vom Verlaufe der Wurmkrankheit in dem großen belgischen Grubenbecken bei Lüttich.

An zweiter Stelle beschäftigte sich die Abteilung mit der Frage der Staubverhütung in Gewerbebetrieben.

Gewerberat Dr. Czimatis, Solingen, schilderte die gesundheitsschädliche Wirkung des Staubes und verlangte Aufklärungsarbeit über die Bedeutung der Staubgefahr und die Mittel zu ihrer Beseitigung. Diese Aufklärungsarbeit müßte unter Zuhilfenahme der Presse erfolgen. Für die persönliche Hygiene des Arbeiters sei der weitere Ausbau von Vereinigungen und Anstalten anzustreben, die wie die Umkleide-, Wasch- und Badeeinrichtungen, Schutzkleider usw. sich vorzüglich bewährten. Die Statistik sollte vornehmlich für den Nachweis der Erfolge auf dem Gebiete der Staubverhütung besser ausgestaltet werden.

Jehls, Wien, polemisiert gegen die vielfach versagenden Staubabsaugungsanlagen und verlangte, daß mit der Herstellung solcher Anlagen nur Sachverständige betraut werden. Weiter bezeichnet er es als wünschenswert, die Krankenkassenberichte derart einzurichten, daß die Einwirkung des Staubes auf den menschlichen Organismus besser zum Ausdrucke kommt. Insbesondere wäre in den Berichten darauf Rücksicht zu nehmen, daß die der Staubeinatmung ausgesetzten Arbeiter von den nicht durch Staub belästigten Arbeitern getrennt geführt werden.

Die Gefahren des elektrischen Betriebes behandelte in der gleichen Abteilung der Assistenzarzt Doktor Jellinek, Wien. Nach den bisherigen Erfahrungen der Unfallpraxis müssen Spannungen schon von 50 Volt und auch niedriger als gefährlich bezeichnet werden. Die Gefährlichkeit einer Starkstromanlage äußert sich in unmittelbarer Weise durch Berührung und Funkenbildung, mittelbar durch Wärmebildung, Feuersgefahr, Kurzschlußbildung, Explosionswirkung, elektrochemische Erscheinungen usw. Der Gleichstrom erscheint vom hygienischen Standpunkte aus gefährlicher als der Wechselstrom. Die durch den elektrischen Starkstrom verursachten Gesundheitsstörungen bestehen in lokalen und allgemeinen Erscheinungen. Die allgemeinen Symptome bieten ein oft wechselvolles Bild, weil Äußerungen bald seitens des Bewußtseins, bald der motorischen Sphäre, ferner auch seitens der Herz- und Lungentätigkeit im Vordergrunde stehen. Es gibt kein Schema bezw. keine Schablone des elektrischen Unfalles bezw. des Todes durch Elektrizität, der in den meisten Fällen nur ein Scheintod ist. Behufs Vorbeugung der Gefahren des elektrischen Starkstromes empfiehlt der Redner strenge Durchführung der bekannten Sicherheitsmaßregeln, Belehrung der Schuljugend und Aufklärung der breiten Volksmassen und fortgesetztes systematisches Studium und Erforschung der sich darbietenden Erscheinungen auf dem neuen Grenzgebiete der Medizin und Elektrotechnik.

Im Anschlusse an diese Darlegungen führte Frau Lydia Rabinowitsch, die bekannte Mitarbeiterin Robert Kochs bei seinen Serumforschungen, der Abteilung einen interessanten Tierversuch vor, indem sie durch einen elektrischen Starkstrom ein Kaninchen „tötete“ und darauf nachwies, daß es sich nur um einen Scheintod handle.

Über Straßenhygiene sprachen darauf Professor Guglielminetti, Monte-Carlo, und Prof. Schottelius, Freiburg i. Br. Prof. Guglielminetti schilderte bei dieser Gelegenheit die Mißstände, die sich neuerdings an der Riviera, namentlich infolge der Entwicklung des Automobilverkehres, herausgebildet haben, und forderte zu einem entschiedenen Kampfe gegen den Straßenstaub auf.

Prof. Schottelius kam zu folgenden Schlußzusätzen: Die Bekämpfung der Staubplage hat zu geschehen: 1. Durch Belehrung des Publikums über die wirtschaftliche und gesundheitliche Bedeutung des Straßenstaubes. Mit der Belehrung in diesen und anderen Fragen der Gesundheitspflege sollte tunlichst schon in den Schulen begonnen werden. 2. Durch technisch richtige Anlage der Straßen und zweckentsprechende Auswahl des Materiales für die Straßenbefestigung. Verschieden zu behandeln sind dabei die vom Verkehre wenig berührten Straßen gegenüber den Hauptverkehrsstraßen. an deren ständiger Staubreinheit die Gesamtbevölkerung interessiert ist. 3. Durch rationelle Reinigung der Straßen und staubfreie Beseitigung des Straßenkehrichts. Die Verwendung von Saugapparaten (Vakuum oder Preßluft) zur Beseitigung des Straßenstaubes ist sehr zu empfehlen. 4. Durch regelmäßige, ausgiebige Besprengung der Straßeu mit Wasser oder durch Bindung des Staubes mittels wasserlöslicher Öle, Teerung oder mit asphaltähnlichen Stoffen. Eine erfolgreiche Unterdrückung des Straßenstaubes hat auch eine Verminderung des Staubes in den Häusern und in den Wohnungen zur Folge.

(Fortsetzung folgt.)

III. Literaturauszüge.

Über Mechanodiagnostik. Von Priv.-Doz. Dr. Anton Bum, Wien.

Nach Bum ist die „Massage“ lediglich eine fortgesetzte therapeutische Palpation, bei welcher der Arzt sich genaue Rechenschaft geben muß über die morphologische Beschaffenheit der von ihm betasteten, gestrichenen, gedrückten und verschobenen Gewebe, über ihre Konsistenz, Elastizität und Topik.

Wenn wir als Beispiel die Muskelmassage und Muskelpalpation wählen, so gibt uns diese nicht selten Gelegenheit zu diagnostischen Funden. B. erinnert an die häufig derbteigige Beschaffenheit rheumatisch erkrankter Muskeln, an die typischen Tastbefunde kleiner intramuskulärer Blutaustritte nach Rupturen und Muskelbündeln, wie sie so häufig im Rhomboideus, Erector trunci und Gastroknemius auftreten, an den palpatorischen Nachweis kleiner Muskelinfiltrate — der Residuen zirkumskripter Myitiden usw.

Hieher gehört ferner die Fähigkeit der Massage, durch rasche und gründliche Wegschaffung von Hämatomen die Diagnose von Verletzungen tiefer Teile zu erleichtern, ja zuweilen überhaupt zu ermöglichen, z. B. von nicht dislozierten paraartikulären Rißfrakturen des Radius und der Fibula; hieher ist weiter die durch fortgesetzte Übung der Palpation der Beckenorgane im Wege der Abdominal- und gynäkologischen Massage zu höherer Stufe entwickelte Palpationsdiagnostik zu zählen, wie B. und andere sie vor langen Jahren an dem ärztlich nur mangelhaft vorgebildeten Gymnasten Thure Brandt in Stockholm bewundern konnten, dessen palpatorischer Befunde sich kein Kliniker zu schämen brauchte.

Sowie die anhaltende Beschäftigung mit Massage des Uterus und seiner Adnexe überaus exakte gynäkologische Diagnosen liefert, so ist auch die Abdominalmassage nicht selten imstande, Veränderungen in der Lage, Größe, Konsistenz und Beweglichkeit von Beckenorganen nachzuweisen, die wichtige Befunde bedingen.

Es ist in der Zeit der Appendizitophobie nicht ganz überflüssig, auszusprechen, daß ein geübter ärztlicher Masseur wohl gelegentlich einen erigierten, geblähten, druckempfindlichen, fixierten Appendix entdecken wird, daß es aber a priori ausgeschlossen ist, daß durch die korrekte ärztliche Abdominalmassage Appendixentzündungen und -phlegmonen gesteigert oder gar erzeugt werden können.

Von nicht geringerer Bedeutung ist die Möglichkeit diagnostischer Verwertung der Schwesterdisziplin der Massage, der Gymnastik.

Der Kassen-, Versicherungs-, Spitals-, Militärarzt, der ärztliche Sachverständige verwenden heute nicht selten mechanische Methoden, um die Wahrheit zu erforschen und die Resultate dieser Forschung in überzeugender Weise jenen darzulegen, deren Amt es ist, die Konsequenzen aus den ärztlichen Gutachten zu ziehen.

Beginnen wir mit den aktiven Bewegungen. Ein Beispiel, welches die Bedeutung der Zuckerkandl-Erbenschen Untersuchungen über die Physiologie der willkürlichen Bewegungen illustriert:

Ein Verletzter behauptet, Monate nach dem Unfalle — Kontusion des Schultergelenkes — seinen Arm nicht heben zu können. Inspektion, Mensuration, Palpation ergeben außer geringgradiger Deltoideusatrophie nichts Abnormes. Unser Mann kann also den Arm nicht heben. Wir heben ihn passiv bis zum Kopfe. Nun fordern wir den Verletzten auf, seinen passiv erhobenen Arm sehr langsam zu senken. Der Ahnungslose tut dies in ganz korrekter Weise; er hat ja nie behauptet, den von einem anderen erhobenen Arm nicht senken zu können. Der Unglückliche weiß nicht, daß der beim Heben des Armes als Agonist wirkende Deltoideus beim Senken des Armes als Antagonist mitwirken muß, wenn diese Bewegung langsam erfolgen soll. Der Ausfall des Deltoideus infolge Lähmung hätte bewirkt, daß der passiv erhobene und dann losgelassene Arm, dem Gesetze der Schwere folgend, rasch herabgefallen wäre.

In anderer Weise geht Menier vor. Behauptet der Untersuchte, seine Oberextremität nur bis zur Horizontalen heben zu können, so läßt Menier den Rumpf des Untersuchten vorbeugen und die Arme soweit als möglich erheben. Hierauf kommandiert er: Aufrichten! Beim Simulanten bleiben beide Arme in Kopfhöhe erhoben, weil er infolge der geänderten Rumpfhaltung desorientiert ist.

Ein anderer Verletzter gibt an, den Ellbogen bei herabhängendem Arme nicht beugen zu können, weil er an Muskelschwäche leide. Man fordert ihn auf, diese Bewegung bei erhobenem Arme auszuführen. Behauptet er, auch in dieser Lage den Arm im intakten Ellbogengelenke nicht beugen zu können, so ist er ein Betrüger, denn hier erfolgt die Beugung lediglich durch die Eigenschwere des Vorderarmes.

Hieher gehört auch die forensisch wichtige Faustschlußprüfung, denn Faustschluß ist für den Arbeiter nötig, der sein Werkzeug festhalten soll. Dabei dürfen wir freilich nicht vergessen, daß, wie Thiem zuerst gezeigt hat, eine Reihe von Handarbeitern einen durch die Art ihrer Arbeit erworbenen unvollkommenen Faustschluß besitzt.

Zu den häufigst simulierten und aggravierten Schmerzen gehört die Lumbago. Ein an heftiger Lumbago Erkrankter bückt sich nicht, weil die Kontraktion des Erector trunci, Rhomboideus usw. beim Aufrichten aus der gebückten Stellung ihm sehr heftige Schmerzen verursacht.

Ich lasse vor jedem über Lumbago klagenden Kassenmitgliede das mir überreichte Krankenbuch wie zufällig zur Erde fallen. Der höfliche Patient bückt sich rasch danach. Tut er dies in typischer Weise, indem er den Rumpf vorbeugt, so ist er suspekt. Macht er bei steif gehaltener Lendenwirbelsäule eine tiefe Kniebeuge, um mit den Händen den Boden zu erreichen und das Buch aufzuheben, so flößt er schon mehr Vertrauen ein.

Die passiven Bewegungen, das sind jene Bewegungen, die der Arzt oder ein durch eine äußere Kraft bewegter Apparat am passiven Kranken ausführt, finden ihre häufigste diagnostische Anwendung bei Untersuchung der Exkursionsbreite angeblich versteifter Gelenke.

Die exakte Prüfung der Exkursionsfähigkeit der Gelenke ist bei dem auf Täuschung bedachten Untersuchten mit großen Schwierigkeiten verbunden, da es ebensowenig angeht,



den zu Untersuchenden zu narkotisieren, als ihm eventuell Schmerz zu bereiten. Das wissen die Aggravanten und nötigen uns daher, ihrem Raffinement scharfe Beobachtung und einzelne mechanische Untersuchungskniffe entgegenzustellen. Hieher gehört die Versetzung der Verletzten in eine ungewohnte Lage.

Ein Mann klagt über Versteifung im Schultergelenke, die ihm Hebung des Armes nur bis zur Horizontalen gestattet. Man untersucht genau, findet bei dem Versuche, den Arm zu heben, kräftigen Widerstand seitens des Untersuchten, faßt wie zufällig seine Hand, und während man seine Aufmerksamkeit durch ihn interessierende Gespräche fesselt, weist man ihm einen niedrigen Sitz an, hiebei seinen Arm im Schultergelenke rasch hebend (Menier). Ähnliche Manöver lassen sich vorteilhaft auch in Rücken- oder Bauchlage des Verletzten ausführen.

Gute Ergebnisse liefert ein sehr einfaches manuelles Verfahren, das wohl jeder schon geübt hat, der solche Prüfungen anzustellen genötigt ist, auf welches aber als Methode hingewiesen zu haben Hoesslin das Verdienst gebührt. Dasselbe benützt die „paradoxe Kontraktion der Antagonisten“ zur Entlarvung von Verletzten, die Muskelschwäche simulieren oder übertreiben.

Wenn ich einen Menschen auffordere, seinen im Ellbogengelenke gebeugten Vorderarm zu strecken und dieser Bewegung durch Auflegen meiner Hand auf den Handrücken des zu Untersuchenden Widerstand leiste, so wird der Vorderarm des letzteren in dem Augenblicke, in welchem ich den Widerstand überraschend jäh sistiere, im Sinne der intendierten Bewegung weiterschnellen. Nicht so beim Simulanten, Dieser macht erst gar nicht den ernstlichen Versuch, meinen nachgiebigen Widerstand zu überwinden; schwingt er sich endlich dazu auf, eine gewisse Kraft im Sinne der ihm gestellten Aufgabe anzuwenden, so innerviert er vorsorglich gleichzeitig die Antagonisten, um die Wirkung der ihm aufgetragenen Muskelkontraktion zu paralysieren. Bei plötzlichem Aufhören des Widerstandes schnellt daher das Glied nicht in der Richtung der verlangten Bewegung, weil eine Intention, dasselbe in dieser Richtung zu bewegen, überhaupt nicht besteht.

Schwieriger und komplizierter als die Untersuchung der Kraft ganzer Muskelgruppen ist die mechanische Prüfung der Leistungsfähigkeit einzelner Muskeln. Sie ist nur bei solchen Muskeln möglich, die doppelte Bewegungseffekte besitzen, und setzt die genaue Kenntnis der muskelphysiologischen Wirkung unserer Widerstandsapparate voraus. Zwei Beispiele:

Der Biceps brachii ist zugleich Flexor und Supinator des Vorderarmes; der gebeugte Vorderarm wird vom Bizeps, der gestreckte Vorderarm vom Supinator brevis supiniert, der pronierte Vorderarm nicht vom Bizeps, sondern vom Brachialis internus gebeugt. Besitze ich einen Apparat mit genau dosierbarem Widerstande, an welchem die Versuchsperson bei einer bestimmten geringen Belastung die Beugung im Ellbogengelenke auszuführen vermag, kann aber diese Bewegung auch bei minimalem Widerstande und stark proniertem Vorderarme nicht gemacht werden, so kann auf Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit des Brachialis internus, im entgegengesetzten Falle des Bizeps, geschlossen werden.

Der Psoas beugt den Oberschenkel im Hüftgelenke und beugt bei Fixierung des Oberschenkels und Einschaltung eines Widerstandes den Rumpf nach vorn. Synergist des Poas bei der Oberschenkelbewegung ist der Iliacus internus, bei der Rumpfbeugung der Rectus femoris. Wir besitzen für jede der genannten Bewegungen je einen Widerstandsapparat, die ich mit I und II bezeichnen will. Ist der Untersuchte imstande, die Bewegung an Apparat II bei bestimmtem Widerstande auszuführen, muß aber bei Apparat I die Belastung erheblich vermindert werden, so verweist dies auf verminderte Arbeitskraft des Iliakus und umgekehrt.

Welchen Wert die genaue Beobachtung der Nachbargelenke und der Nachbarmuskulatur bei Beurteilung der Funktionsfähigkeit einzelner Muskelgruppen besitzt, beweisen die Ergebnisse der Zuckerkandl-Erbenschen Untersuchungen, welche zeigten, daß bei kräftiger Funktion zentraler Gelenke periphere Gelenke unwillkürlich festgestellt werden, z. B. das Handgelenk bei Bewegungen im Ellbogengelenke, zumal kräftigen, durch Einschaltung eines Widerstandes gesteigerten Bewegungen.

Wenn man einen zu Untersuchenden unter leichtem Widerstande eine Beugung im Ellbogengelenke vornehmen lasse, so fixiert er sein Handgelenk, falls er wirklich nach besten Kräften den Vorderarm beugt. Der Simulant tut dies nicht; sein Handgelenk ist nicht fixiert, weil er nicht seine ganze Aufmerksamkeit auf das Ellbogengelenk, sondern ein Gutteil derselben darauf verwendet, den Untersucher über die Leistungsfähigkeit seiner Muskulatur zu täuschen. (Med. Klinik Nr. 3, 1908.)

*

Über das Heiraten nervöser und psychopathischer Individuen. Von Prof. Dr. Emil Redlich. (Schluß.)

Bei den anderen sogenannten Neurosen wird nur selten ärztliches Eingreifen bezüglich der Eheschließung notwendig sein, zum Teil schon deswegen, weil es sich um vorübergehende Leiden handelt, so daß wir sie übergehen können. Auch bezüglich der organischen Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks können wir uns kurz fassen; bei der Mehrzahl wird nur unter ganz besonderen Umständen die Frage einer Verheiratung erwogen werden müssen. Es handelt sich dabei oft um so evidente, in die Augen springende Krankheitszustände, daß der Laie selbst die Frage der Zulässigkeit einer Ehe zu beantworten imstande ist. Dort, wo sie trotzdem aufgeworfen wird, wird in erster Linie darauf zu achten sein, ob es sich um stationäre oder mit Defekt geheilte Zustände handelt, in welchen Fällen man unter Umständen seine Zustimmung wird geben können, oder um progrediente Prozesse, wo wir natürlich stets auf diesen Punkt werden hinweisen müssen. Die Entscheidung zu treffen, wird dann Sache der Betreffenden sein.

Hingegen müssen wir uns mit der Frage der Heiratsmöglichkeit von Tabikern etwas genauer befassen, weil es sich hier um eine exquisit chronische Erkrankung handelt, deren erste Symptome uns schon deutlich sein können zu einer Zeit, wo die Laien keine Ahnung von dem drohenden Übel haben, unter Umständen selbst subjektive Beschwerden fehlen oder gering sind. Gerade in solchen Fällen ist P. schon sehr oft interpelliert worden. Greifen wir zunächst noch weiter zurück. Wie steht es mit der Zulässigkeit der Ehe ehemals Syphilitischer vom neurologischen Standpunkte aus, da ja die Tabes mit ganz geringen Ausnahmen nur früher syphilitisch Infizierte betrifft? Es wäre gefehlt, ja es wäre direkt grausam, jedem gewesenen Syphilitiker etwa die Ehe zu verbieten, trotz der unleugbaren Gefahren, die selbst bei geheilten Fällen für den Betreffenden und auch für seine Nachkommenschaft bestehen. Denn es kann heute als sichergestellt sein, daß eine ganze Reihe nervöser Kinderkrankheiten, unter anderen Epilepsie, zerebrale Kinderlähmung, Psychosen mit der Lues der Eltern zusammenhängen kann, wenngleich dieser Zusammenhang in seiner Häufigkeit und Bedeutung sich noch nicht feststellen läßt. Selbstverständlich ist dabei von wirklicher Erbsyphilis und den dadurch bedingten Erkrankungen, juveniler Tabes und Paralyse, abgesehen. Auch wenn Kinder von Tabikern und Paralytikern, wie wir heute wissen, nicht selten nervöse oder psychische Störungen aufweisen, gehört dies zum Teil hieher, da solche Kinder oft zu einer Zeit gezeugt wurden, wo von der Tabes und Paralyse noch keine Rede sein konnte. Man möchte es darum beinahe als ein Glück bezeichnen, daß die Ehen von Syphilitikern nicht selten überhaupt steril bleiben.

Aber wie gesagt, allzu rigoros können wir schon wegen der enormen Häufigkeit der Syphilis nicht sein. Man wird aber die Vorsicht walten lassen, erst mehrere Jahre nach den letzten Erscheinungen der Syphilis abzuwarten, und dann noch eine energische Kur vorausgehen lassen. Alles Unheil wird man dadurch freilich nicht verhüten. Wir schließen uns



auch jenen Autoren an, die die Ehe nur ganz ausnahmsweise gestatten in Fällen, wo schwere syphilitische Erkrankungen des Nervensystems bereits vorgekommen sind. Jeder Optimismus kann hier schweres Unheil heraufbeschwören. Ich will in dieser Hinsicht einen Fall aus meiner eigenen Praxis erwähnen. Ich hatte vor mehreren Jahren Gelegenheit, einen Fall von zerebraler Hemiplegie infolge von luetischer Endarteriitis zu behandeln, der bis auf geringe Reste ausheilte. Drei Jahre später wurde von dem Kranken ein sehr bekannter Syphilidologe bezüglich der Zulässigkeit einer Ehe befragt, der uneingeschränkt seine Zustimmung gab. Zwei Jahre nach der Hochzeit wurde ich zu dem Kranken gerufen und konnte bei demselben eine inzipiente Tabes mit Magenkrisen konstatieren und erfuhr, daß schon ein Jahr nach der Hochzeit solche aufgetreten waren.

Klarer ist die Situation in Fällen, wo schon gewisse, für initiale Tabes oder Paralysis progressiva charakteristische Symptome, speziell solche von seiten der Pupillen bestehen. Ich habe mehrere solcher Kranken in Evidenz. Obwohl die Tabes oder progressive Paralyse hier nicht ausbrechen muß, habe ich doch niemals die Erlaubnis zur Ehe gegeben, so schwer es ist, dem Kranken gegenüber seinen Standpunkt zu wahren. Aber das Unglück, wenn dann doch die Tabes oder progressive Paralyse zur Entwicklung kommt, die Frau etwa auch an konjugaler Tabes oder progressiver Paralyse erkrankt, die Kinder minderwertig sind, ist zu groß, um nicht um jeden Preis unser Veto aufrecht zu erhalten. Bei schon manifester oder auch initialer Tabes ist unter anderem zu bedenken, daß die Krankheit durch die sexuellen Anstrengungen, die eine junge Ehe bedingt und die für den Tabiker wirklich erschöpfend wirken können, einen rasch progredienten Charakter annehmen kann. Wenn trotz aller dieser Bedenken eine Ehe eingegangen werden soll, dann darf dies nur geschehen, wenn der andere Teil über die wahre Sachlage und über die möglichen Folgen aufgeklärt ist.

P. wendet sich nun zum zweiten Teil seines Themas, der Ehefähigkeit psychopathischer oder mit Psychosen behafteter Individuen. Beim Bestehen einer wirklichen Geistesstörung im engeren Sinne wird wohl nur in Ausnahmefällen die Frage der Zulässigkeit einer Ehe auftauchen oder wenigstens an den Arzt herantreten. Solche Ausnahmefälle sind z. B. hypomanische Kranke, die in der durch die Krankheit bedingten expansiven, erotischen Stimmung mitunter ganz unzweckmäßige Ehen einzugehen im Begriffe sind; das gleiche gilt bisweilen von Paralytikern im initialen Stadium, dann senil dementen Individuen, die, manchmal auch unter der Einwirkung Dritter, zu einer Ehe geneigt sind, die ihren ganzen Verhältnissen, ihrer ganzen bisherigen Lebensführung durchaus nicht entspricht. Es ist selbstverständlich, daß gegen eine solche Ehe ärztlicherseits der energischeste Protest erhoben werden muß, ja daß sie vom forensischen Standpunkte aus unter Umständen für rechtsungültig erklärt werden müßte. Auch schwachsinnigen Individuen wird manchmal aus eigennützigen Motiven der Gedanke einer Ehe nahegelegt, auch für diese Fälle wird der obengenannte Standpunkt festgehalten werden müssen.

In den leichten Fällen von Dementia praecox, z. B. rein hebephrener Art, werden wir nicht selten bezüglich der Zulässigkeit einer Eheschließung befragt. Handelt es sich um junge Mädchen, dann werden die Bizarrerien, die Eigenheiten solcher Kranken gern als rein nervöse, mit besonderer Vorliebe als hysterische aufgefaßt, und selbstverständlich die Ehe als das Allheilmittel angepriesen und leider auch nicht selten versucht. Davor muß nun mit aller Entschiedenheit gewarnt werden. Denn hier handelt es sich um schwere degenerative Zustände, die Gefahren für die Deszendenz sind enorme. Das gleiche gilt für die Fälle von periodischen Psychosen, das manisch-depressive Irresein in seinen verschiedenen Formen, periodische Melancholie und Manie, zirkuläre Psychosen usw. Diese Psychosen setzen bekanntlich mit Vorliebe bei jugendlichen Individuen ein und halten sich nicht selten in relativ mäßigen Grenzen.

Man kann gegen die Heirat solcher Individuen nicht energisch genug Stellung nehmen. Die folgenden Anfälle des Leidens werden durch eine Ehe in der allergrößten Mehrzahl der Fälle absolut nicht gebannt, im Gegenteil, Schwangerschaften und Geburten können, wie P. sich selbst überzeugen konnte, Anfälle der periodischen Psychosen auslösen. Dazu kommt noch der Umstand, daß die periodischen Psychosen zu jenen Zuständen gehören, in denen leider die Vererbung, sogar direkte Vererbung, das heißt der gleichen Form von Geistesstörung, nicht gerade selten ist.

Viel häufiger wird noch die Frage der Zulässigkeit oder Zweckmäßigkeit der Ehe bei einer anderen Reihe psychopathischer Zustände erhoben werden, bei Individuen, die nicht eigentliche Geistesstörungen darbieten, aber allerlei spychische Abnormitäten aufweisen, z. B. die psychopathische Minderwertigkeit, allerlei Suchten, die konstitutionelle Verstimmung, die Moral insanity usw.

Eine allgemeine Entscheidung wird sich hier gewiß nicht treffen lassen, jeder einzelne Fall wird sehr reifliche Überlegung erfordern. Nur so viel läßt sich sagen, daß wir im allgemeinen mehr gegen als für die Ehe werden sein müssen. Denn in der Regel wird ja der Zweck, der von seiten der Eltern durch die Eheschließung erstrebt wird, nur ganz ausnahmsweise erreicht. Bei anderen können die psychopathischen Zustände unter ungünstigen Verhältnissen sich verschlimmern, Schwangerschaften und Geburten können bei solchen disponierten Individuen deletär wirken, den Ausbruch der Dementia praecox auslösen usw.

Ein spezielles Wort gebührt dem Alkoholismus chronicus und dem Morphinismus. Was ersteren betrifft, so ist es richtig, daß unter Umständen eine energische Frau Heilung oder wenigstens einen erträglichen Zustand erzielen kann. Aber das sind doch nur seltene Ausnahmefälle, vielmehr ist es Ihnen bekannt, welche Störungen des Eheglücks der Alkohol bedingt, abgesehen davon, daß schwerer Alkoholismus nicht selten impotent macht, die Gefahren für die Deszendenz nach allen Richtungen hin (Epilepsie, degenerative Zustände usw.) enorme sind. Das beste wäre es, wenn wir ein Entmündigungsgesetz für Alkoholiker hätten, dann wäre die Frage der Ehefähigkeit solcher Individuen oft von vornherein erledigt. Das für den Alkoholismus Gesagte gilt im großen ganzen auch für den Morphinismus. Die Fälle dauernder Heilung sind auch hier in der verschwindenden Minderzahl. In der Regel wird der Morphinist wieder rückfällig, was sogar die Gefahr in sich bergen kann, daß auch der andere Ehegatte zum Morphinisten wird. Ich habe einen solchen Fall bei einem morphinistischen Kollegen gesehen.

Dürfen Individuen, die einmal eine Geistesstörung durchgemacht haben, später heiraten? Das wird auf den Charakter der überstandenen Psychose ankommen. Handelt es sich um eine exquisit akute Erkrankung, insbesondere, wenn sie durch äußere, sogenannte exogene Schädlichkeiten ausgelöst wurde, z. B. Infektionskrankheiten, schwere seelische Erschütterungen usw., ist seit der Heilung ein genügend langer Zeitraum in voller Geistesgesundheit verflossen, also mindestens mehrere Jahre, dann wird man wohl seine Zustimmung zu einer Verheiratung geben können, sich freilich stets die Möglichkeit eines Rezidivs vor Augen halten müssen. Besonders vorsichtig wird man bei Manien und Melancholien jugendlicher Individuen sein müssen, weil es sich oft, vielleicht sogar meist nur um die erste Attacke einer periodischen Psychose handelt. Mendel hält bei den menstruellen Psychosen eine spätere Verheiratung für zulässig, da sich solche Anfälle öfters nur bei den ersten Perioden einstellen und später fehlen. Das ist aber nicht immer der Fall; mir ist ein solcher anscheinend typischer Fall menstrueller Psychose bekannt, wo auch jetzt noch, mehrere Jahre nach der Verheiratung, sich häufig menstruell kurz dauernde psychische Störungen einstellen.

Übrigens muß bei der uns jetzt beschäftigenden Frage eines immer bedacht werden; der andere Teil muß von dem



Vorgefallenen unterrichtet sein, sei es durch die Eltern oder auf deren Wunsch von uns. Die Verheimlichung einer überstandenen Psychose könnte später die größten Schwierigkeiten heraufbeschwören.

Zum Schlusse erübrigt uns noch die Frage, wie es mit der Ehefähigkeit von Individuen steht, die selbst nicht geisteskrank sind, aber schwere hereditäre psychotische Belastung zeigen. Da, wo es sich um direkte Belastung, also Vorkommen von Psychosen bei den Eltern, insbesondere solche degenerativen Charakters, periodische Psychosen, Epilepsie usw. handelt, besteht die Gefahr einer Erkrankung bei der Deszendenz gewiß, die umso höher anzuschlagen sein wird, wenn die betreffenden Individuen selbst schon neuropsychopathische Züge aufweisen.

Zum Schlusse macht P. einen Vorschlag. Wir haben gesehen, daß für die Eltern die Sorge um die Zukunft ihrer Kinder, speziell der Mädchen es ist, die ihnen den Gedanken einer Verheiratung derselben nahe legt und oft genug, auch gegen unseren Rat, durchführen läßt. Wäre es nicht richtiger, ließe sich nicht viel Unglück vermeiden, wenn Institutionen geschaffen würden, die auf andere Weise die Versorgung solcher Individuen, denen aus ärztlichen oder anderen Gründen die Heirat verschlossen ist, ermöglichen würden. Es brauchte sich dabei durchaus nicht um reine Wohltätigkeitsinstitute zu handeln, denn viele dieser Mädchen verfügen ja über die entsprechenden Summen zu ihrem Unterhalt. Mir schwebt etwas vor, was an die adeligen Damenstifte erinnert, oder eine Art weltlichen Klosters, das seinen Insassen ein behagliches Dasein, Geselligkeit, wenn möglich einen Wirkungskreis, Pflege im Alter und bei Krankheiten sichern würde. Solche Anstalten wären allenfalls zu verbinden mit anderen Instituten, wie sie ja heute immer weitere Ausbreitung gewinnen, Pflegerinnenschulen, Kinderpflegeanstalten, Settlements und anderes, denen sie ein ausgezeichnetes Rekrutenmaterial liefern würden. Das Altjungferntum würde solcherart durch die Gloriole werktätiger Menschenliebe verschönt und seines etwas unangenehmen Charakters in vieler Beziehung entkleidet werden. „Medizin. Klinik“ Nr. 7, 1908.

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 6. März 1908.

Moriz Oppenheim berichtet über Versuche, die er angestellt hat, um die Absorptionsverhältnisse bei normaler sowie auch pathologisch veränderter Haut zu prüfen. Als Mittel dabei verwendete er das Jothion, daß ebenso rasch als regelmäßig von der Haut absorbiert wird. Die normale Haut absorbiert das Jothion so rasch, daß es nach einer Stunde im Urin deutlich nachweisbar ist. Bei Atrophia cutis idiopathica universalis wird das Jothion viel langsamer absorbiert; es läßt sich erst vier Stunden nach der Einpinselung im Urin nachweisen. Bei Sklerodermia universalis mit histologisch normaler Epidermis, mächtiger Kollagenzunahme in der Kutis, verengten und verschlossenen Gefäßen, mit zum Teil erhaltenen Talg- und Schweißdrüsen betrug die Verzögerung gegenüber der Absorption von der normalen Haut aus nur 1½ Stunden, also weniger als von der atrophischen Haut aus. Es schienen also die Drüsen der Haut bei der Absorption von Einfluß zu sein. Zur Feststellung, welche Drüsen beteiligt sind, wurden an Lichen ruber acuminatus universalis, an Ichthiosis congenita universalis und an Syringozistadenom Erkrankte bezüglich der Absorption untersucht; es ergab sich kein Unterschied gegenüber der Norm. Also Hyper- und Parakeratosen, die sich auf die Follikel erstrecken und Schweißdrüsenerkrankung beeinflussen nicht die Absorption. Dagegen ergab sich ein deutlicher Unterschied beim Vergleiche der Absorption von der Haut der Glatzen und dichtbehaarten Köpfe aus. Bei der Glatze war eine deutliche Verzögerung zu konstatieren. Aus diesen Versuchen konnte geschlossen werden, daß die Talgdrüsen bei der Absorption des Jothions hauptsächlich beteiligt sind. Die Absorption des Jothions von der Haut aus ist demnach nicht ein Diffussionsvorgang — Epidermis als Diffusionsmembran — sondern es spielen die Talgdrüsen dabei eine wesentliche Rolle.

Isak Robinsohn teilt einen positiven Röntgenbefund am Schädel bei Epilepsie mit und erläutert eine neue technische Methode zur Vermeidung von Trugbildern in der Schädelradiologie. R. hat in einem Falle von wahrscheinlich traumatisch entstandener Epilepsie auf Röntgenbildern des Schädels einen Schatten gefunden, der für die Anwesenheit eines wallnußgroßen, in den oberflächlichsten Partien der Hirnhemisphäre liegenden Tumors von alveolärem Bumo spricht. Um Trugbilder in der Radiographie zu vermeiden, muß man wiederholt Aufnahme derselben Gegend machen. Um den schwachen Kontrast des Bildes zu verstärken, wird die Doppelplattenmethode angewendet, d. h. es werden zwei mit den lichtempfindlichen Schichten aufeinander liegende Platten gleichzeitig exponiert. Werden die Aufnahmen übereinandergelegt und so betrachtet, so werden die schwachen Schatten verstärkt.

Moriz Benedikt hat in der letzten Zeit Fälle von Epilepsie mit positivem Röntgenbefunde beobachtet. So sieht man im Röntgenbilde des einen Falles auf der Höhe des Scheitels eine tiefe Exkavation — Pacchionsche Grube — die durch ein Nebelgrau ausgefüllt ist. Das Leiden ist nicht traumatischen Ursprunges. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Neoplasma. Weiters in einem Falle traumatischen Ursprunges sieht man neben dem vorderen Teile der Sagittalnaht einen rhombischen, longitudinalen Eindruck des Schädels. Am Röntgenbilde zeigt sich, entsprechend dem vorderen Ende dieses Eindruckes, ein kleiner, löffelartiger, knöcherner Vorsprung. Der Kranke leidet an Anfällen von Zehenkrampf der anderen Seite.

Emil Redlich weist auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen sogenannter genuiner und symptomatischer Epilepsie und erwähnt zwei Fälle (in dem einen ergab die Obduktion einen Tuberkel im linken Stirnlappen, im zweiten Falle ein Gliom des Stirnlappens). *i. m.*

V. Literatur.

Die Anpassung der Verdauungsorgane an die Eigenschaften der ihre Tätigkeit anregenden Reize. Von Doktor W. N. Boldyreff. (Separatabdruck aus der „Zeitschr. für den Ausbau der Entwicklungslehre“ von R. H. Francé). 176 S. Lex. 8° mit 1 Tafel und 8 Textabbildungen. Verlag des Kosmos, Gesellsch. d. Naturfreunde, Stuttgart.

Im Anschlusse an die in kritischer Sichtung vorgeführten Pawlowschen bekannten Experimentaluntersuchungen wird das durch den Titel charakterisierte Thema beleuchtet.

Handbuch der Physiologie des Menschen. In vier Bänden. Von W. Nagel. Verlag Friedrich Vieweg & Sohn, Braunschweig 1907. II. Band II. Hälfte und IV. Band II. Hälfte I. Teil.

Die zweite Hälfte des zweiten Bandes enthält Absonderung des Hauttalges und des Schweißes, Physiologie der Leber, der Verdauung und Aufsaugung, Arbeit der Verdauungsdrüsen, Mechanismus der Resorption und Sekretion, die histologischen Drüsenveränderungen bei ihrer Arbeit. Des vierten Bandes vorliegender Anteil, die allgemeine Physiologie des quergestreiften und des glatten Muskels, spezielle Bewegungslehre mit Überblick über die Physiologie der Gelenke. Alle Teile zeigen konform den vorher schon erschienenen klare und vollkommene Besprechung, reiche Literaturangaben und treffliche Ausstattung.



VI. Aus der Praxis.

Über Veronal und Veronalexantheme. Von Prof. Dr. Wolters, Rostock. (Mediz. Klinik Nr. 6.)

Große Dosen Veronal schließen nämlich, abgesehen davon, daß der durch sie eventuell erzielte Schlaf keineswegs ein ruhiger ist, die Gefahren der Intoxikation ein, welche sich in mehr oder weniger intensiven Erscheinungen äußert. Steigern sich diese Symptome, so können bedrohliche Zustände eintreten, ja selbst der Tod. Wie sich aus der Literatur ergibt, findet auch eine Angewöhnung an das Mittel statt, wodurch der Arzt leicht verleitet wird, die Dosen zu steigern. Eine solche Steigerung ist auch deshalb nicht ohne Bedeutung, als sichere Beobachtungen vorliegen, welche eine akkumulative Wirkung beweisen.

Als Symptome der Intoxikation, als sogenannte Nebenwirkungen, werden häufiger erwähnt Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindelgefühl, Benommenheit, schwankender Gang, Übelkeit, Erbrechen und Durchfälle, während eine gewisse Schlafsucht und rauschähnliche Zustände als Nachwirkungen am anderen Tage noch vorhanden sind. Bei schwereren Zuständen gesellen sich dann Störungen der Herzaktion hinzu, Irregularitäten und Beschleunigungen, Angina pectoris, enge, starre Pupille, lallende Sprache, Tremor, Verwirrtheit, Doppelsehen, Visionen, Oligurie, in den schwersten Fällen Sopor, Cheyne-Stokes Phänomen, Koma und tetanische Zuckungen.

Diese unerwünschten Symptome scheinen um so leichter aufzutreten, je mehr die Menge des verabreichten Medikamentes 1 *g* überschreitet, sie werden freilich gelegentlich auch bei solchen gesehen, die hinter dieser Dosis zurückbleiben.

Dies ist an und für sich nicht zu verwundern, da wir durch Lewin wissen, daß mehr als die Hälfte unserer Medikamente bei besonders empfindlichen Menschen selbst in normalen Dosen Nebenerscheinungen hervorrufen können. Daß aber selbst kleinen Dosen des Veronals schwere Störungen folgen können, mahnt zur Vorsicht bei der Dosierung und rechtfertigt den Wunsch, das Medikament dem Handverkaufe zu entziehen und seine Maximaldosis auf 1 *g*, besser noch auf 0·75 *g* festzusetzen, wie das schon von Hampke, Nienhaus und Pfeiffer vorgeschlagen wurde. Statt große Dosen bei Zuständen anzuwenden, bei denen erfahrungsgemäß kleinere Dosen keinen Schlaf erzeugen, sollte man lieber ähnlich wirkende Medikamente zur Anwendung bringen, oder das Veronal mit solchen kombinieren. Dazu scheint vor allem das Morphium geeignet. Dies Verfahren ist um so mehr zu empfehlen, als die bisherigen Erfahrungen dartun, daß kleine Dosen der beiden Medikamente rascher und besser wirken, als die großen des einzelnen. In der Kombination mit dem Morphium vermag das Veronal auch bei schmerzhaften Erkrankungen, nach Operationen usw., ruhigen Schlaf herbeizuführen, den es allein in diesen Fällen nur zu oft nicht erzeugen konnte.

Auf diese Weise werden die durch größere Dosen des Medikamentes öfters hervorgerufenen Nebenerscheinungen in der Mehrzahl vermieden werden; ganz werden wir sie ja nicht beseitigen können, da wir immer mit der individuellen Disposition rechnen müssen; jedenfalls wird die Anwendung kleiner Dosen auch bei jenen prädisponierten Patienten sehr viel leichtere Nebenerscheinungen hervorrufen, und damit ist schon recht viel gewonnen.

Schließlich weist W. auf zwei Fälle hin; im ersten tritt erst nach 6 Dosen Veronal zu $^1/_2$ *g* eine akkumulative Wirkung des Medikamentes ein, die sich durch den Ausbruch eines schwer juckenden, scharlachartigen Exanthems mit leichter Benommenheit und Kopfdruck äußert; spätere Anwendung der gleichen Dosis wird vertragen. Im zweiten Falle tritt nach einer gleich großen Dosis sehr rasch eine heftige Urtikaria auf mit schwerer, langdauernder Schlafsucht, Benommenheit, Kopfschmerzen und Alteration des Pulses.

Wenn es sich nun auch in diesen beiden Fällen um Kranke mit einer funktionellen Neurose handelt, so kann daraus eine Prädisposition für das Auftreten von medikamentösen Nebenerscheinungen nicht hergeleitet werden. Dasselbe gilt auch von der bestehenden Gicht des ersten Kranken. Interessant ist, daß auch bei den mitgeteilten Fällen das weibliche Individuum nach der gleichen Dosis sofort und heftiger erkrankt als das männliche, wie das auch von anderen Autoren mitgeteilt worden ist. Meine Erfahrung hat ergeben, daß weibliche Kranke schon auf die Dosis von 0·5 mit Erregungszuständen und Schlaflosigkeit reagieren, erst nach Stunden zur Ruhe und zum Schlaf kommen, von dem sie am Morgen zerschlagen, müde und benommen erwachen, während sie nach 0·25—0·3 ruhig schlafen. Exantheme habe ich bei dieser vorsichtigen Dosierung nie gesehen.

Aus der Gesamtheit der nach Veronalgebrauch beobachteten Exantheme geht also hervor, daß außer einfacher diffuser und fleckweiser Hautröte, masern- und scharlachähnlichen Erscheinungen, auch knötchenförmige und urtikarielle Eruptionen vorkommen können, als deren Extrem wir wohl die von Hald beobachtete pemphigoide Eruption (nach 9 *g*) ansehen müssen. Die Ausschläge haben die Eigentümlichkeit, sehr häufig zu jucken (Würth, Richter und Steiner, v. Kaan, Davids) und, zum Teile wenigstens, mit Schuppen abzuheilen. Beides ist für die Diagnosenstellung gegenüber den exanthematischen Krankheiten wichtig. Für den Kranken und seine Umgebung ist die richtige Erkenntnis des Exanthems von großer Bedeutung, selbst wenn sonstige Nebenerscheinungen nicht auftreten. Diese selbst aber, wenn sie auch relativ harmlos sind, haben trotzdem für den Rekonvaleszenten, den nervös Kranken und sein Befinden große Bedeutung.

Gegenmittel bei Lysolvergiftung. (Pharm. Zentralhalle Nr. 45, 1907.)

Die Giftwirkung des Lysols beruht auf dem Gehalte an 50% Kresolen. Die bisherige Behandlung der Lysolvergiftung besteht in einer möglichst frühzeitigen und ausgiebigen Spülung des Magens, um so das Gift aus dem Körper zu entfernen. Man kann sagen, daß alle diejenigen Fälle, welche rechtzeitig zur Magenspülung kommen, bevor zu große Mengen resorbiert sind, geheilt werden, und zwar ohne dauernden Schaden an ihrer Gesundheit zu erleiden. Die wirklich guten Behandlungsresultate scheiterten bisher daran, daß wir kein Mittel hatten, entweder die Kresole in eine ungiftige Verbindung überzuführen oder aber die Resorption der Kresole zu verzögern oder aufzuheben. Nach Friedländers Versuchen an Kaninchen scheinen wir aber neue Mittel gegen Lysolvergiftung gefunden zu haben. Es sind dies Öle, Fette und Eiweiß, die zu den Kresolen eine große Affinität zeigen. Die souveräne Behandlung bleibt natürlich die möglichst baldige und ausgiebige Spülung des Magens. Da es aber sicher ist, daß auch nach vollkommener Befreiung des Magens von Lysol, das bereits im Körper kreisende Lysol teilweise wieder in den Magen hinein ausgeschieden wird, so empfiehlt es sich, nach der Magenspülung Olivenöl und Eiereiweiß in den Magen einzugießen und darin zu lassen, damit eine neue Resorption vermieden wird.

Bei Karbolsäurevergiftung ist mit Wasser verdünnte Jodtinktur nach Maberly (The Lancet Nr. 4379) ein gutes Gegenmittel, da das sich bildende Jodphenol ungiftig ist. (Pharm. Zentralhalle Nr. 47, 1907.)

VII. Notizen.

Jena. In der medizinischen Fakultät der hiesigen Universität hat sich Dr. med. Wilhelm Busse als Privatdozent niedergelassen mit einer Probevorlesung über „Neuere Anästhesierungsmethoden“.

Ärztekammer für Niederösterreich mit Ausnahme von Wien. In der konstituierenden Sitzung vom 7. Februar l. J. wurden gewählt: Dr. Josef List in Retz zum Präsidenten, Dr. Hans Riss in Stockerau zum Vizepräsidenten. Zu Vorstandsmitgliedern: W. A. Karl Reinhardt in Neumarkt a. d. Ybbs, Dr. Gustav Jägermayer in Baden, Dr. Roderich Koralewsky in Hennersdorf, Dr. Friedr. Janeczek in Herrnbaumgarten, Dr. Hans Wolfram in Traismauer, Dr. Julius Plenk in Tulln, Dr Max Wimmer in Rodaun. Zu Vorstandsmitglied-Stellvertretern: Doktor



Alois Reinagl in Schrems, Dr. Eduard Weiß in Purkersdorf, Dr. Johannes Sauer in Krems, Dr. Hermann Schredt in Wieselburg, Dr. Stanislaus Tschada in Ebenfurth. Zum Schriftführer: Dr. Hans Wolfram. Zum Kassier: Reinhardt. Als Delegierter in den Landessaniätsrat wurde Dr. Josef List, als Delegierter-Stellvertreter Dr. Friedrich Janeczek gewählt.

II. Internationaler Chirurgenkongreß in Brüssel. September 1908. Die Internationale Gesellschaft für Chirurgie beschloß in ihrer am 22. September 1905 in Brüssel stattgefundenen Generalversammlung im September 1908, bei Gelegenheit der während des II. Internationalen Chirurgenkongresses stattfindenden Krebsdebatte in Brüssel eine Krebsausstellung zu veranstalten. An dieser Ausstellung können sich auch Nichtmitglieder der Gesellschaft beteiligen. Die Ausstellungsobjekte sollen zwischen dem 20.—31. August 1908 an die Adresse des Generalsekretärs Herrn Prof. Dr. Depage, Brüssel, 75, Avenue Louise, eingesendet werden. Das Sekretariat übernimmt die Ausstellungsobjekte, sorgt für deren Aufstellung und sendet dieselben nach Schluß des Kongresses an die Adresse der Herren Aussteller zurück. Es wird in dem Kongreßprogramme dafür gesorgt werden, daß die Herren Aussteller während der Zeit des Kongresses ihre Ausstellungsobjekte den Kongreßmitgliedern demonstrieren können. Programm der Krebsausstellung. Zur Ausstellung können sämtliche auf die Krebskrankheit bezügliche Objekte angemeldet werden. Namentlich: 1. Vom chirurgischen oder vom pathologischen Standpunkte aus in irgendeiner Richtung instruktive makroskopische oder mikroskopische Krebspräparate, unter anderem solche, die entweder durch ihre Lokalisation oder wegen der Verbreitungswege des Krebses von besonderem Interesse sind. 2. Auf einzelne Krebsoperationen bezügliche topographisch-anatomische Präparate oder Abbildungen 3. Topographisch-anatomische Präparate über die Lymphwege und Lymphknoten einzelner Regionen. 4. Statistische Wandtafeln über die mit der Behandlung der Krebskrankheit erreichten Dauererfolge. 5. Statistische Wandtafeln über die Häufigkeit des primären Krebses und seiner Metastasen in den einzelnen Organen auf Grund von klinischen oder von pathologisch-anatomischen Erfahrungen. 6. Statistische Wandtafeln über die Verbreitung der Krebskrankheit in den einzelnen Ländern. Genaue Pläne über sogenannte Krebsnester. Stammbäume von Familien, in denen der Krebs bei mehreren Generationen vorkam. 7. Pläne von Krebsinstituten, von Krebsspitälern. Ihre Programme, Arbeitsausweise, Budgets. 8. Agitation zur frühzeitigen Behandlung der Krebskrankheit. Aufrufe an das Publikum. Vorschläge, in welcher Weise dem Publikum die Kenntnisse zur Frühdiagnose beigebracht werden sollen, ohne damit Panik zu erregen.

Ein schwerer Verlust hat uns betroffen: **Professor Frühwald.** der von uns allen Geliebte und Verehrte, wurde uns durch den Tod entrissen. Noch zittert in uns der Schmerz, noch können wir uns nicht an den Gedanken gewöhnen, daß er für immer von uns gegangen. Wir möchten, daß auch die Nachwelt an Frühwald und sein Wirken erinnert wird. Wir glauben nun im Sinne des Verewigten zu handeln, wenn wir damit den Zweck verbinden, armen Kindern, denen er in seinem Leben so oft geholfen, auch weiterhin die Möglichkeit guter ärztlicher Behandlung und Pflege zu verschaffen. Wir sind überzeugt, daß wir ganz in den Intentionen unseres verewigten Frühwald handeln, wenn wir seine Freunde und Patienten auffordern, mit uns eine „Professor Frühwald-Bettstiftung" auf der Kinderabteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik ins Leben zu rufen. Wir hoffen, daß alle, denen er in schweren Stunden beigestanden, diese Idee freudig begrüßen werden, und wir wünschen, daß durch Beteiligung aller seiner Patienten deutlich Kunde werde von der einzigen Zuneigung, die ihm von allen, die ihm nahe standen, auch nach seinem Tode bewahrt wird. Spenden bitten wir unter Benützung des mitfolgenden Erlagscheines (Postsparkassenkonto 102.363) freundlichst bewerkstelligen zu wollen. Ein Ausweis über die Eingänge wird nach Abschluß der Sammlung Ihnen direkt zugehen. Auskünfte erteilt bereitwilligst Herr Dr. Emil Wechsler, Wien XIII., Am Platz 4, an den alle Zuschriften zu richten sind.

Der Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus (Berlin) veranstaltet wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus, die in Berlin vom 21. bis 25. April 1908 im Landhause, W. Matthäuskirche 20, abgehalten werden. Gesuche um Teilnehmerkarten (5 Mk. für den Gesamtkursus von 18 Stunden, 50 Pf. für die einzelne, 75 Pf. für die Doppelstunde) und Programme, Anfragen oder Anmeldungen sind zu richten an die Geschäftsstelle des Zentralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus, zuhanden von Frau Liska Gerken-Leitgebel, Friedenau, Rubensstraße 37, oder an die Geschäftsstelle des Deutschen Vereines gegen Mißbrauch geistiger Getränke Berlin W. 15.

Alkohol und Selbstmord. Einen interessanten Beitrag zu diesem in der letzten Zeit wiederholt, so von Gaupp und Rothfuchs behandelten Kapitel liefert W. Kürbitz, der an den im Verlaufe von 2½ Jahren an der psychiatrischen Klinik zu Königsberg i. P. in Behandlung gestandenen Kranken, die einen Selbstmordversuch begangen hatten, Untersuchungen anstellte. Unter 57 solchen Patienten waren 20, bei denen der Alkoholmißbrauch eine große Rolle spielte, sei es, daß sie ohne jede Fähigkeit zu überlegen, allein durch krankhafte Prozesse (Halluzinationen usw.) ver-

anlaßt wurden, aus dem Leben zu scheiden, sei es, daß ihr Bewußtsein nicht so stark getrübt war, sondern daß sie unter Alkoholwirkung, mehr oder weniger im Affekt, Hand an sich legten. In 19 Fällen handelte es sich um chronische Alkoholisten, nur in einem einzigen um einen Gelegenheitstrinker. Nach eingehender psychologischer Besprechung jedes einzelnen Falles zieht Kürbitz die praktischen Schlußfolgerungen aus seinen Untersuchungen und wirft die Frage auf, was mit den Alkoholikern geschieht, die sich oder ihre Mitmenschen in lebensbedrohender Weise gefährden. Er stellt fest, daß weder die meist nur kurz dauernde Haft derer, die eine dritte Person bedroht oder geschädigt haben und dann dem alten Leben wieder zurückgegeben werden, ohne gebessert worden zu sein, noch die meist viel zu kurze Detenierung in den Provinzialheilanstalten, die auch gar nicht der geeignete Ort für sie sind, irgend einen Schutz für sie und die Gesellschaft bedeuten. Diese Kranken gehören in Trinkerheilstätten, und zwar auf einige Jahre. Da aber deren Zahl noch sehr beschränkt und ihre Aufnamsbedingungen keineswegs für die Allgemeinheit zugeschnitten sind, so fordert Kürbitz die Errichtung von Landes- und Reichs-Trinkerheilstätten unter gleichzeitiger Schaffung eines Reichs- oder Landes-Trinkerfürsorgegesetzes. Erst dann könne man hoffen, daß gar manche Familie vor dem Ruin bewahrt und ein großer Teil der Verbrechen ungeschehen bleiben werde. (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, 64. Band, 4. Heft, S. 578.)

Im Verlage von Kurt Kabitzsch (Stuber) in Würzburg wird ab 1. April 1908 eine Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete, herausgegeben von Dr. Felix Blumenfeld, Wiesbaden, erscheinen. Die Zeitschrift erscheint im Archivformat; jährlich soll ein Band von sechs Heften in etwa zweimonatlichen Zwischenräumen zur Ausgabe gelangen. Der Abonnementspreis pro Band wird 24 Mk. betragen. Zur tätigen Mitarbeit werden alle beteiligten Kreise aufgefordert, diesbezügliche Zuschriften werden an die Adresse des Herausgebers erbeten.

VIII. Offene Stellen.

Sanitätsassistentenstelle mit einem provisorischen Adjutum jährlicher 1000 K bei den politischen Verwaltungsbehörden in Kärnten zu besetzen. Der aufzunehmende Sanitätsassistent wird im Sanitätsdepartement der Landesregierung in Klagenfurt verwendet werden. Bewerber um die Aufnahme haben, außer den allgemeinen Erfordernissen für eine Anstellung im Staatsdienste, die Erlangung des Grades eines Doktors der gesamten Heilkunde und die nach Erlangung des Doktorgrades vollstreckte wenigstens einjährige Verwendung in einem allgemeinen Krankenhause, sowie die körperliche Gesundheit und Rüstigkeit nachzuweisen. Die Gesuche, welche auch mit Geburtsschein und Heimatsschein sowie mit dem Nachweise über Erfüllung der militärischen Dienstpflicht versehen sein müssen, sind bis 10. April d. J. beim Präsidium der k. k. Landesregierung in Klagenfurt einzubringen.

Gemeindearztesstelle im Sanitätsdistrikte Paulitz-Woframitzkirchen mit dem Sitze in Frainersdorf (Mähren). Der Sanitätsdistrikt umfaßt fünf Gemeinden mit 2853 Einwohnern böhmischer und deutscher Umgangssprache. Gehalt 700 K, Fahrpauschale 300 K und eventuell 600 K von der Bezirkskrankenkasse in Alt-Schallersdorf. Verpflichtung zur Haltung einer Hausapotheke. Die mit einem Kronenstempel versehenen und mit den Nachweisen über das Alter, die österreichische Staatsbürgerschaft, die Unbescholtenheit, die zurückgelegten Studien (Doktorat der Medizin), die Kenntnis beider Landessprachen und die (durch ein staatsärztliches Zeugnis bestätigte) körperliche Eignung belegten Gesuche sind bis 15. April d. J. an den Obmann der Delegiertenversammlung, J. Příhoda in Wolframitzkirchen, Post Krawska bei Znaim, einzusenden.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. **XXXI. Jahrgang.** **LEIPZIG.**

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungs-verlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 14. Wien, 4. April 1908. **Nr. 14.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 12312) zu senden.

Über die Behandlung Herzkranker im Stadium lebensbedrohlicher Inkompensation.

Von **Dr. Siegmund Kreuzfuchs.**

(Schluß.)

Unsere weitere Sorge ist auf die Herztätigkeit selbst und auf die Diurese gerichtet. Man tut am besten, wenn man keine Zeit auf die Ausprobierung aller der vielen modernen Ersatzmittel der Digitalis verliert, sondern wenn man sofort mit einer rationellen Digitaliskur beginnt. Am zweckmäßigsten erscheint die Verabreichung von Digitalispulver (à 0·1) 3—4 mal täglich, so lange bis 2·0—2·5 Digitalis aufgebraucht sind, dann macht man je nach dem Zustande der Herztätigkeit eine kürzere oder längere Pause, um aufs neue einen Turnus zu beginnen.

Ist gleich zu Beginn der Krankheit ein energisches Eingreifen notwendig, dann beginne man sofort mit Tinctura Strophanti, dreimal täglich 8 Tropfen, setze aber zu gleicher Zeit mit der Digitalistherapie ein. Ebenso kann man in den Digitalispausen Tinct. Strophanti oder mit eben so gutem Erfolge Strophantus oder Strophantin Catillon verabreichen; auch Digalen eignet sich für die Zwischenbehandlung, doch möchte ich dringend abraten, sich bei der Behandlung schwer Herzkranker lediglich auf Digalen zu verlassen.

Ist die Herztätigkeit eine sehr schlechte, dann zögere man nicht mit einer Kampferinjektion (20% Oleum Camphoratum, davon 1 *cm*³). Es ist ein Vorurteil, daß man zum Kampfer als zum ultimum refugium greifen soll. Im Gegenteil, man kann den Kampfer selbst dann, wenn keine momentane Lebensgefahr droht, z. B. bei Atemnot, ein-, zwei-, ja sogar dreimal im Tage mit dem besten Erfolge anwenden, doch ist für eine häufigere Anwendung eine 10%ige Lösung vorzuziehen.

Statt des Kampfers kann man auch Koffein in 20%iger Lösung verwenden, doch ist es ratsam, wegen der oft sich einstellenden Aufregungszustände mit dem Koffein nur sehr sparsam umzugehen.

Die die Insuffizienz des Herzens begleitende Atemnot bedarf keiner besonderen Behandlung, sie geht ja mit der Besserung des Herzzustandes von selbst zurück. Symptomatisch eignen sich am besten Sauerstoffinhalationen, die nebstbei sehr oft die Nebenwirkung haben, eine gewisse Euphorie zu erzeugen. Am zweckentsprechendsten erscheint mir aber eine Kampferinjektion. Tritt die Atemnot in Form einer Angina pectoris auf, dann ist das souveränste Mittel eine Morphiuminjektion.

Ich habe in solchen Fällen mit sehr gutem Erfolge Kampfer und Morphium kombiniert. 20% Kampferlösung und 2% Morphiumlösung, von beiden je eine halbe Spritze gleichzeitig injiziert.

Es scheint mir nicht unwichtig, hier einige Bemerkungen über die Anwendung des Morphiums bei Herzkranken anzuknüpfen. Das Morphium kann aus dreifachen Gründen bei Herzkranken angewendet werden: 1. wegen Atemnot, 2. wegen Schmerzen (Leberkapselschmerzen usw., 3. wegen Schlaflosigkeit.

Ad 1: Hier kann es, wenn es nicht im geeigneten Momente angewendet wird, direkt Unheil bringen. Man überlege folgendes: Sinkt die Herzkraft, so tritt infolge Überladung des Atemzentrums mit Kohlensäure Atemnot ein, iujiziert man zu dieser Zeit Morphium, so wird die Empfindlichkeit des Atemzentrums herabgesetzt, der Patient empfindet zwar eine Erleichterung, doch wird die Atmung objektiv noch verschlechtert und die Gefahr der Erstickung ist immens. Hat man dagegen eine Kampferinjektion gemacht, so kann man, wenn das Gefühl der Atemnot noch besteht, ruhig Morphium injizieren. Ich verwende daher, wie schon oben erwähnt, das Morphium mit Kampfer kombiniert.

Ad 2: Auch die Schmerzen sind zumeist nur eine Begleiterscheinung der Insuffizienz des Herzens, brauchen also, wenn sie nicht sehr heftig sind, nicht beachtet werden. Sind sie dagegen sehr intensiv, dann kann man erst einen Versuch mit Dionin oder Belladonnazäpfchen machen, hören die Schmerzen nicht auf, so verabreiche man ein Morphiumsuppositorium, und wenn auch dies nichts nützt, so greife man zur Morphiumspritze. Man beginne aber mit einer kleinen Dosis, etwa 0·005, und gehe mit den Injektionen sehr sparsam um.

Ad 3: Nur dann angezeigt, wenn alle übrigen Schlafmittel versagen, oder wenn sich die Schlaflosigkeit mit

Schmerzen oder mit Atemnot oder mit beiden zugleich kombiniert.

Von großer Wichtigkeit in der Behandlung Herzkranker mit Inkompensation ist die Überwachung und Regelung der Diurese. Hält sich die tägliche Urinausscheidung über 1000 cm^3 und sind keine wesentlichen Ödeme vorhanden, dann kommt man mit den Cardiacis allein vollkommen aus. Nehmen dagegen die Ödeme zu, die Diurese aber ab, so muß mit einer energischen Diuretinkur begonnen werden. Kleine, verzettelte Dosen nützen nicht viel, im Gegenteil, wenn die Diurese nicht flott vor sich geht, treten auf Diuretin allerlei unangenehme Nebenerscheinungen auf, wie Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit u. ä. Verabreicht man dagegen täglich 4—5, ja selbst 6 *g*, so steigt für gewöhnlich die Urinsekretion sehr rasch, die Ödeme gehen zurück, gleichzeitig wird die Herztätigkeit, da eine Reihe peripherer Widerstände ausgeschaltet wird, besser; auch der Schlaf bessert sich, ein Umstand, der im allgemeinen viel zu wenig gewürdigt wird. Sehr zweckmäßig ist die Kombination von Digitalis mit Diuretin (Pulv. fol. Digitalis 0·1, Diuretini 1·0, 3—4mal täglich ein Pulver). In der digitalisfreien Zeit verabreicht man Diuretin allein 4—5 Pulver täglich.

Wird das Diuretin nicht vertragen, so kann man auch Theozin (0·3, 2—3 Pulver täglich) oder Agurin (0·5, 2—3mal täglich), allerdings mit sehr wechselndem Erfolg verabreichen. Ich gebe aber dem Diuretin unbedingt den Vorzug. Wenn die genannten Diuretica versagen, dann kann man, wenn keine Kontraindikation von seiten der Niere vorliegt, Kalomel versuchen, es sei aber vor kleinen Dosen gewarnt. Man gebe 0·2 Kalomel 3mal täglich, im Bedarfsfalle zugleich mit Digitalis (Kalomelan 0·2, Pulv. fol. Digit. 0.1, 3 Pulver täglich.)

Und nun noch einiges über die Behandlung der Schlaflosigkeit, die bei Herzkranken sehr häufig auftritt. Sehr oft stellt sich, wenn die Herztätigkeit sich hebt, die Diurese zunimmt, spontan mehrstündiger Schlaf ein. Ist dies aber nicht der Fall, dann gebe man am liebsten Veronal, und zwar reicht für gewöhnlich ein halbes Gramm, in heißer Milch gelöst, aus. Man muß nur die Vorsichtsmaßregel gebrauchen, es möglichst zeitlich, etwa zwischen 8 und 9 Uhr abends, zu verabreichen. Zweckmäßig ist es auch, bevor der Schlaf sich einstellt, eine Kampferinjektion zu machen; die Angst, der Kampfer könne den Patienten erregen und ihn aus dem Schlafe bringen, ist eine vollkommen unberechtigte.

Man kann das Veronal längere Zeit ohne Schaden den Patienten verabreichen lassen, es empfiehlt sich aber von Zeit zu Zeit damit auszusetzen, um zu kontrollieren, ob nicht der Patient bereits ohne Schlafmittel auskomme. Von den übrigen Hypnotizis hat sich keines so gut bewährt, wie das Veronal, es ist daher selten nötig, zu irgend einem anderen Mittel Zuflucht zu nehmen.

Über die Bedeutung und die Indikation des Morphiums als Schlafmittel wurde bereits oben gesprochen.

Und nun nur noch eines über die Überwachung der Patienten. Ein Herzkranker mit Inkompensation gehört unbedingt unter ständige ärztliche Kontrolle: durch einen momentanen Eingriff kann manches Leben, das dem Erlöschen nahe scheint, noch jahrelang erhalten werden, wofür wohl jeder erfahrene Arzt Beispiele genug finden wird.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Der Rücktritt Chrobaks. — Die wirtschaftliche Lage der Wiener Ärzte. — Novelle zum Unfall- und Krankenversicherungsgesetz. — Zahnärzte und Zahntechniker.)

Wieder geht einer jener Alten, die den Ruhm der Wiener Fakultät begründet hatten, Rudolf Chrobak.

Nach 19jähriger akademischer Tätigkeit, 5 Jahre vor der gesetzlichen Altersgrenze, scheidet er in dem Augenblick, da er die neuen geburtshilflichen Kliniken nahezu vollendet sieht, da sein Wirken die enge, elende, in jeder Beziehung unzulängliche Stätte im alten Krankenhause mit den prachtvollen Räumen der neuen Klinik hätte vertauschen sollen. Aber das eiserne Pflichtgefühl dieses Mannes hatte selbst gefordert, daß eine jüngere, völlig unverbrauchte Kraft nötig sei, die Leitung dieser Anstalt zu übernehmen, und er hat die Genugtuung, sein Erbe in guten Händen zu sehen, in denen seines Schülers Rosthorn aus Heidelberg.

Chrobaks wissenschaftliche Bedeutung zu schildern ist überflüssig. Er war ein eminenter Lehrer, der durch die unbeugsame Strenge seiner Indikationsstellung ebenso vorbildlich bleibt, wie durch seine große persönliche Güte und Liebenswürdigkeit, die er seinen Patientinnen, seinen Ärzten, seinem Personal in gleicher Weise entgegenbrachte. Er hat eine Schule geschaffen, und seine Schüler sind über ganz Österreich zerstreut, und vom Professor bis zum schlichten Landarzt hält jeder das Wort des Lehrers in Ehren, vor allem das Wort, das seinen Lehrsaal ziert: Primum non nocere.

Im großen Hörsaal der neuen Frauenklinik fand der feierliche Abschied statt, veranstaltet von den Schülern Chrobaks, die aus fern und nah gekommen waren, um ihn zu ehren. Es sprachen Ebner als Rektor, Paltauf als Dekan, Mucha als Direktor des Krankenhauses, Piskacek als Leiter des Gebärhauses, Schauta als engerer Kollege und Mitarbeiter an den neuen Kliniken, v. Rosthorn als Nachfolger im Lehramt, schließlich der Gefeierte selbst, dessen Rede in den Ruf ausklang: Vivat academia.

In einem Vorraum des Hörsaales wurde ein lebensgroßes Flachrelief Chrobaks in Halbfigur enthüllt, das ihn in der charakteristischen Haltung zeigt, die er während seiner Vorlesungen anzunehmen pflegte.

Chrobak soll es auch unvergessen bleiben, daß er über die schwierigen Fragen seines Faches nie den Blick für das Allgemeine und für die soziale Lage seines Standes vergaß. In keinem Stande stoßen wohl die Gegensätze so hart aufeinander, wie bei den Ärzten. Neben den Professoren, Dozenten und Hausärzten der Reichen, denen Äskulap heute vielleicht noch mehr als je opes dat, steht die große, immer mehr anschwellende Zahl der praktischen Ärzte, die zu unpraktisch für das praktische Leben, einen schweren Kampf um die nackte Existenz führen müssen. Es ist allmählich in die große Öffentlichkeit übergegangen, ja, die hohe Regierung scheint es sogar schon zu wissen, wie elend die materielle Lage der Ärzte ist. Aber genau bekannt ist es diesen Faktoren nicht, wie es eigentlich viele Ärzte fertig bringen, des Lebens Notdurft zu stillen, uud wir, die es wissen, müssen sagen: Gott sei Dank. Denn Not lehrt nicht nur beten. Aber zur Illustration muß es einmal in dürren Worten gesagt werden: Ein praktischer Arzt ist froh, wenn er nach sechs- bis achtjährigen Studien endlich soviel verdient, wie jeder Kommis in einem besseren Geschäfte Wiens im ersten oder zweiten Jahre seiner Tätigkeit hinter der Pudel erhält. Quousque tandem. . . .

Die Regierung hat im Abgeordnetenhause einen Gesetzentwurf betreffend einige Ergänzungen des Unfall- und Krankenversicherungs-Gesetzes, eingebracht. Diese Gesetzesnovelle bezweckt eine Teilreform auf dem Gebiete der bestehenden Arbeiterversicherung in jenen Belangen, in welchen ein Reformbedürfnis allseits empfunden wird und ohne Schwierigkeit schon jetzt vor der geplanten durchgreifenden Um- und Ausgeztaltung der Arbeiterversicherung befriedigt werden kann. Sie soll demnach diesem großen Reformwerke nicht vorgreifen, sondern ist lediglich als eine Notverfügung gedacht, welche bis zur Vollendung dieses Werkes wenigstens dort Abhilfe schaffen soll, wo eine solche nicht länger entbehrt werden kann.

Die Novelle schlägt in erster Linie die Einführung des sogenannten Lohnlistenzwanges in der Unfallversicherung, das ist die Verpflichtung der Betriebsunternehmer zur Führung und Aufbewahrung entsprechender Lohnauf-



schreibungen, vor. Diese Maßnahme erscheint nach den bisherigen Erfahrungen unaufschiebbar; sie wird seit Jahren von allen Interessenten der Unfallversicherung gefordert.

Der bisherige Mangel einer derartigen gesetzlichen Verpflichtung hat nämlich zu schweren Unzuträglichkeiten auf dem Gebiete der Beitragsfeststellung geführt, welche nicht nur die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten, sondern auch die ihrer Beitragspflicht in vollem Maße nachkommenden Betriebsunternehmer beträchtlich geschädigt haben. Die Einführung des Lohnlistenzwanges wird hier voraussichtlich gründlich Wandel schaffen und insbesondere eine gerechtere Verteilung der Beitragslasten der Unfallversicherung ermöglichen.

Im Zusammenhange mit dieser Maßnahme wird auch die Statuierung einer Verjährungsfrist für Unfall- und Krankenversicherungsbeiträge, endlich die Zulässigkeit der Einhebung von Verzugs- und Vergütungszinsen für solche Beiträge vorgeschlagen.

Die Stellung der Ärzte den Kassenleitungen gegenüber zu bessern, scheint die Regierung nicht als dringende Notwendigkeit zu empfinden, wohl aber die Regelung der Zahntechnikerfrage. Sie hat dem Abgeordnetenhause den Entwurf eines Gesetzes betreffend die Ausübung der Zahnersatzkunde und den Betrieb der Zahntechnik vorgelegt.

Die Zahnersatzkunde, das ist die Vornahme der zum Zwecke des Zahnersatzes erforderlichen Verrichtungen im menschlichen Munde, wird in der Gesetzesvorlage als ein Bestandteil der Heilkunde erklärt, und die Befugnis zur Ausübung der Zahntechnik, welche die zur Herstellung von Zahnersatzstücken und zur Ausbesserung solcher Ersatzstücke erforderlichen technisch-mechanischen Arbeiten umfassen soll, nach Ablauf eines gewissen Übergangsstadiums ausschließlich den Ärzten übertragen. Den bestehenden Zahntechnikern, deren gewerbliche Befugnisse aufrecht erhalten bleiben, soll die Möglichkeit geboten werden, durch Ablegung einer Prüfung die Berechtigung zur Vornahme bestimmter Eingriffe im menschlichen Munde zu erlangen. Die gleiche Berechtigung soll im Zusammenhange mit der Konzession zum Betriebe der Zahntechnik nach Maßgabe des Lokalbedarfes und nach Ablegung der erwähnten Prüfung auch jenen zahntechnischen Gehilfen erteilt werden können, welche beim Inkrafttreten des Gesetzes bereits die bisher geforderte Lehrzeit und eine Arbeitszeit als Gehilfe von wenigstens sechs Jahren, hievon wenigstens drei Jahre bei einem Zahnarzte, zurückgelegt haben. Die Verleihung der Konzession zum Betriebe des Zahntechnikergewerbes und der Bewilligung zur Ausübung der auf das Gebiet der Zahnersatzkunde fallenden Befugnisse soll nach dem neuen Entwurfe der zur Beurteilung des Lokalbedarfes in erster Linie berufenen politischen Landesstelle übertragen werden. Nach Ablauf der aus diesen Bestimmungen sich ergebenden Übergangszeit wird die Zahntechnik nicht mehr den Gegenstand eines Gewerbes bilden.

Die Stellungnahme der Ärzte zu diesem Entwurfe wird nicht ausbleiben.

---

12. Blindenlehrerkongreß in Hamburg.

Der voriges Jahr stattgefundene Kongreß nahm folgende Kongreßordnung an:

1. Der Blindenlehrerkongreß stellt sich die Aufgabe, durch gemeinsame Besprechung aller in das Blindenbildungswesen einschlagenden Fragen die Verbesserung des Loses der Blinden zu fördern.

2. Der Kongreß tagt alle drei Jahre in der letzten Julioder ersten Augustwoche und soll die Dauer von drei Tagen nicht überschreiten. Die Einladung zu demselben wird von dem Ortsausschusse mindestens sechs Monate vor Eröffnung des Kongresses erlassen.

3. Ordentliche, d. i. stimmberechtigte Mitglieder des Kongresses sind die Lehrer und Leiter von Blindenanstalten, sowie die Lehrer einzelner Blinden. Als außerordentliche Mitglieder — Gäste und Ehrengäste — können alle Freunde der Blindenbildung den Verhandlungen beiwohnen und sich an den Vorträgen und Debatten, nicht aber an den Abstimmungen beteiligen. Alle Mitglieder weisen sich durch die von dem Ortsausschusse zu beziehenden Karten aus.

Die erste Sitzung eröffnete der Präsident Direktor Merle um $10^1/_4$ Uhr mit einer Ansprache: Aus allen Teilen Deutschlands, Österreich-Ungarns, der Schweiz, aus Frankreich, Holland, Schweden, Rußland, Rumänien, Kapland und Japan sind Sie, hochgeehrte und liebe Kollegen, hieher geeilt in die weltbekannte Hansestadt, um über das Wohl und Wehe unserer Schutzbefohlenen zu beraten. Um dem Kongreß die rechte Weihe und Bedeutung zu geben, haben die hohen Landesbehörden des In- und Auslandes ihre Vertreter hieher entsandt. Ihnen allen danke ich herzlich und rufe Ihnen ein Willkommen in Hamburg zu. Fast doppelt so groß ist diesmal die Zahl der Teilnehmer wie bei früheren Kongressen. Aber mancher von ihnen ruht schon aus von den mühevollen und doch schönen Tagen des Lebens. Ich bitte Sie, sich zu Ehren der Toten von den Sitzen zu erheben. Sicher ist der große Fortschritt auf dem Gebiete des Blindenwesens größtenteils auf die Kongresse zurückzuführen. Sicher ist dies der Fall hinsichtlich der Schulmittel, der Lehrplanfrage, des Preissystems der Kurzschrift, dem Punktdrucke usw. Heute schon blicken wir auf eine Blindenliteratur, und eine Zentralbibliothek ist entstanden. Unsere Ziele sind: zweckmäßiger Unterricht, Ausbildung zur Berufstätigkeit und Fürsorge für die Entlassenen und Schwachen. Vieles haben auch die Vereinigungen zur Verbesserung des Loses der Blinden beigetragen. Doch mancher Kongreß wird noch nötig sein, um die schwebenden und neu auftauchenden Fragen ihrer Lösung entgegenzuführen. Möge auch dieser Kongreß beitragen zur Verbesserung des Loses der Blinden!

Prof. Dr. Ahlborn begrüßte die Teilnehmer im Namen des Senats und der Oberschulbehörde. Er sagte: Ich kann Ihnen die Versicherung geben, daß der hohe Senat und die Oberschulbehörde Ihren Beratungen und Arbeiten das allerlebhafteste Interesse entgegenbringen und Ihre Bestrebungen zu fördern bereit sind. Gehen diese doch darauf hinaus, die Fürsorge für die Blinden methodisch mehr und mehr auf sichere Grundlage zu stellen. Hamburg steht gewiß auf dem Gebiete der sozialen Reformen am ersten Platze. Deshalb begegnen Ihre Arbeiten hier auch einem allgemeinen Interesse. Es ist in neuerer Zeit eine allgemeine Erscheinung, daß die Vertreter der Berufskreise gemeinsam arbeiten, sei es um wissenschaftliche oder um praktische Aufgaben zu lösen. Aber während vielfach neben allgemeinen auch besondere Interessen verfolgt werden, muß den Blindenkongressen die Anerkennung gezollt werden, daß sie stets lediglich für die Interessen der Blindenlehrer beraten und arbeiten. Die gemeinsamen Arbeiten haben sich als ein wirksames Mittel des Fortschrittes auf dem Gebiete der Pädagogik erwiesen; das gilt besonders von der Blindenerziehung. Bis über die Mitte des vorigen Jahrhunderts fehlte es an einer allgemeinen Methode, Ihre gemeinsamen Arbeiten seit 30 Jahren haben hier gründlich Wandel geschaffen. Eine der Hauptaufgaben ist die materielle Bildung, die Ausbildung der Erwerbsfähigkeit der Blinden. In den drei Jahrzehnten haben diese entscheidende Bedeutung gewonnen. Der 12. Blindenlehrerkongreß wird sich nun seinen Vorgängern würdig anreihen. Lassen Sie mich mit dem Wunsche schließen, daß die Teilnehmer durch manche Anregung und Belehrung befriedigend von hier scheiden, und daß den Arbeiten reicher Segen erwachsen möge.

Der Vertreter des japanischen Unterrichtswesens Hattori führte in deutscher Sprache aus, es sei ihm eine große Freude, als Vertreter seiner Regierung an diesem Kongreß teilnehmen zu können, er könne versichern, daß die Beschlüsse auch bei der Fürsorge für seine blinden Landsleute Beachtung finden werden.

Ministerialsekretär im Unterrichtsministerium Florian, Wien, bringt die herzlichsten Grüße aus Österreich und wünscht den Beratungen den besten Erfolg.



Weiter begrüßte noch Direktor Lundberg (selbst blind), Stockholm, die Anwesenden als Vertreter der schwedischen Regierung, die, wie er sagte, den Beratungen der Blindenkongresse mit lebhaftestem Interesse folge.

Dann trat man in die eigentliche Tagesordnung ein. Den ersten Vortrag hielt Direktor Matthies, Steglitz, über „Die Humanität im Dienste der Blinden". Redner warf einleitend einen Blick auf die Geschichte der Humanität gegen die Blinden von dem Altertume bis jetzt. In frühesten Zeiten sind die Blinden und Schwachen nicht, wie einige sagen, verehrt, sondern eher verachtet, höchstens geduldet worden. Schon besser, wie bei den meisten Völkern des Orients, war das Los der Blinden bei den Israeliten, obwohl sie bis zu Christi Zeiten als mit einem Kainszeichen behaftet angesehen wurden. Erst Christus hat den Fluch und den Bann von den Blinden genommen. Später betrachtete man sie als Kreuzträger, die überall ihr Almosen empfangen durften. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts endlich gingen die Sterne der Blindenanstalten auf und die Humanität für die Blinden wurde in die rechten Bahnen gelenkt. Als einer ganz besonders gehaltvollen Form der Fürsorge müssen aber die 1873 ins Leben gerufenen Kongresse gelten. Die Humanität des 20. Jahrhunderts geschieht besonders nach drei Richtungen: Ausbildung im Bildungswesen, Erwerb im Erwerbswesen und Fürsorge dem Arbeitsunfähigen. Dann ging Redner auf die wirtschaftlichen Gesichtspunkte der Blindenfürsorge ein. Man darf nicht vergessen, daß schon der sehende Handwerker heute zu kämpfen hat, die Beschäftigung der Blinden ist daher um so schwieriger. Doch es entrollt sich hier in neuester Zeit ein großer Gedanke der Humanität. Redner empfiehlt die Einführung des Anstaltszwanges und den weiteren Bau von Anstalten sowohl für die Blinden, sowie für die taubstummen und kranken Blinden.

Dann sprach Oberarzt Dr. Nonne, Hamburg, „Über die durch organische Erkrankungen des Nervensystems bedingten Erblindungen". Nach einer kurzen physiologischen Erklärung der Sehorgane des Menschen vom Auge bis zum Sehzentrum im Gehirn behandelte er die verschiedenen Ursachen der Erblindung: durch Verletzungen, durch Geschwülste, die Gehirnhautentzündung, durch Tuberkulose, durch Syphilis, durch Atoxyl, durch Alkoholmißbrauch usw. Als fernere häufig vorkommende Ursachen der Erblindung nannte er die Blutung und die Erweichung tief im Gehirn, die Rückenmarksentzündung allein oder in Verbindung mit Gehirnhautentzündung. Redner illustrierte seinen Vortrag durch eine Reihe trefflicher Lichtbilder und Abbildungen und fand mit seinen lehrreichen Darlegungen reichen Beifall.

In einem Nebensaale des Logengebäudes ist eine reichhaltig beschickte Ausstellung eingerichtet worden, die zahlreiche Veranschaulichungs- und Lehrmittel für Blinde, Bücher, Karten, Schreibapparate (Schreibmaschinen), ferner viele Arbeiten, wie Perl-, Ausnäh- und Flechtarbeiten von Blinden, dann Pläne und Skizzen von Anstalten usw. enthält. Sehr umfangreich ist das ausgestellte geographische Material.

(Fortsetzung folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

In der siebenten Sektion stand die Beurteilung der Tropendiensttauglichkeit bei Offizieren und Mannschaften auf der Tagesordnung. Kolonialoberarzt Dr. Reynaud, Marseille, teilte dazu mit, daß die Diensttauglichkeit der französischen Kolonialtruppen nur durch mit den Kolonialverhältnissen vertraute Ärzte beurteilt wird. Es findet eine dreimalige Untersuchung statt, nämlich bei der Einstellung, bei der Vorbereitung zur Abreise und bei der Einschiffung. In Betracht gezogen werden Alter, Rasse, körperliche Entwicklung, organische Fehler, pathologische Veranlagung und Antezedentien. In den meisten Fällen, in denen die Untersuchung Zweifel hat aufkommen lassen, wird sie durch mikroskopische Prüfung des Blutes und der Absonderungsstoffe, sowie durch die Serumdiagnose und durch Radioskopie vervollständigt. Man sollte vom Tropendienst alle Personen zurückhalten, die mit physischen oder psychischen Mängeln behaftet sind und daher ihr eigenes Leben und die Gesundheit ihrer Kameraden in Gefahr setzen und die Kosten des Staates erhöhen würden, ohne ihm Nutzen zu bringen. — Der zweite Referent, Oberstabsarzt Dr. Steudel, Berlin, verlangt ebenfalls eine genaue Untersuchung auf Tropendiensttauglichkeit, sowohl bei den Offizieren wie bei den Mannschaften, weil das tropische Klima an und für sich, sowie die besonderen Krankheiten, die in tropischen Ländern herrschen, an die körperliche Widerstandskraft des Europäers erhöhte Anforderungen stellen, so daß nicht jeder, der in der Heimat für den Militärdienst körperlich genügt, auch für die Tropen tauglich ist. Die Organsysteme, die in den Tropen am leichtesten versagen und deshalb bei der Untersuchung besonders berücksichtigt werden müssen, sind das Nervensystem, das Herz- und Blutsystem, das Verdauungssystem, die Haut, die Nieren, das Gehörorgan. Außer der objektiven Untersuchung ist für die Beurteilung der Tropendiensttauglichkeit von großer Wichtigkeit die Kenntnis aller vom Untersuchten überstandener Krankheiten und die Aufnahme einer genauen Anamnese, weil hiedurch z. B. über Alkoholismus, der in den Tropen häufig eine verhängnisvolle Rolle spielt, über Neigung zum Rheumatismus oder über die Leistungsfähigkeit des Nervensystems oft besser ein Urteil gewonnen werden kann, als durch eine körperliche Untersuchung. Mit der Untersuchung auf Tropendiensttauglichkeit sollte zweckmäßig eine Wiederholung der Schutzpockenimpfung verbunden sein, sowie eine Chininprobe, um Personen, welche gegen Chinin eine Idiosynkrasie haben, herauszufinden.

Als dritter Referent zu diesem Thema fungierte Prof. Davies, London, der ebenfalls eine sehr subtile Auswahl von Offizieren und Mannschaften für den Dienst in den Tropen forderte.

Die Schutzpockenimpfung in den Kolonien wurde ebenfalls in dieser Abteilung sehr eingehend behandelt. Dr. Kermergant, Paris, teilte dazu mit, daß die Schutzpockenimpfung in den französischen Kolonien obligatorisch sei und daß speziell nur tierische Lymphe verwendet werde. Zu diesem Zwecke sei in den großen Kolonien ein Institut vorhanden, in welchem sachverständige Ärzte die Lymphe zubereiten und stets in reichlichen Mengen in aktivem Zustande halten, so daß die Lymphe bis in die entferntesten Ortschaften und Niederlassungen gebracht werden kann. Die Eingeborenen werden nur zur Beihilfe herangezogen und dürfen nur unter der unmittelbaren Aufsicht des europäischen Arztes impfen.

Dr. Külz, Togo, bezeichnet die Pocken als den gefährlichsten Gegner der deutschen Kolonien, da diese Krankheit periodisch zu schweren Epidemien anschwillt und von allen in den deutschen Kolonien herrschenden Infektionskrankheiten die höchste Verlustzahl aufweist. Da wir als einzige aber wirksame Waffe zur erfolgreichen prophylaktischen Bekämpfung der Variola die Schutzpockenimpfung haben, so sei eine allgemeine Durchimpfung der Eingeborenen anzustreben. In allen Kolonien, in denen Rinderherden vorhanden sind, empfehle es sich, im Lande selbst Lymphe zu gewinnen. Der Redner verlangte weiterhin energische Maßregeln zur Verhütung der Weiterverbreitung von Pockenepidemien in den Kolonien.

Ein ständiges und immer wachsendes Interesse findet seit Jahren auf den Kongressen „das Fürsorgewesen für Säuglinge". Auch in diesem Jahre hat die dritte Sektion (Hygiene des Kindesalters und der Schule) sich eingehend mit diesem Gegenstande befaßt. Dietrich, Berlin, gab zunächst eine Übersicht über die bisher vorhandenen Einrichtungen der Säuglingsfürsorge und stellte in weitester Ausdehnung alle Forderungen auf, die durch individuelle Einrichtungen zu erstreben sind.

Von großem Interesse sind die Ausführungen von Taube, Leipzig, einem der besten Kenner dieser Frage. Wir lassen



deshalb seine Schlußsätze ausführlich folgen: Die normale physiologische Entwicklung fordert nach der Geburt die mütterliche Ernährung für das Kind. Mode und geschäftliche Tätigkeit drängten diese zurück, und es begann eine Degeneration der Nährorgane einzutreten, welche die Säuglingssterblichkeit vermehrte. Es fehlt eine sichere Statistik der Säuglingssterblichkeit, welche die einzelnen Bevölkerungsschichten unterscheidet, da die Sterblichkeit der Säuglinge der ärmeren Klassen gegenüber den unehelichen durch die wohlhabenden zu sehr entlastet wird. Die Säuglingsfürsorge ist aber eine brennende Frage für die Armen, da Säuglingssterblichkeit und Einkommen in umgekehrtem Verhältnisse stehen. Die Säuglingssterblichkeit ist am höchsten im ersten Lebensmonate. Es sterben 50% dieser Kinder in der ersten Woche, und die Hälfte von diesen in den ersten beiden Tagen. Der zweite, dritte und vierte Monat zeigt im Durchschnitte eine halb so große Sterblichkeit wie der erste Monat. Im fünften und sechsten Monat tritt eine langsame, von sechsten bis 12. Monat eine schnelle Abnahme der Sterblichkeit ein. Die gefährlichste Zeit für den Säugling bilden daher die ersten sechs Monate. Die Ursachen der Sterblichkeit des ersten Monates sind Lebensschwäche und Atrophie, später Krämpfe und Lungenerkrankungen. Vom zweiten Monate an über 50% Darmerkrankungen. Ein größerer Teil der lebensschwachen und atrophischen Kinder ist nicht zu retten. Zur Erzielung widerstandsfähiger Organismen ist eine bessere Ernährung von Mann und Frau in den Arbeiterfamilien zu erstreben, vor allem die Mutter vor der Entbindung zu schonen und zu kräftigen. Erforderlich sind Verbesserung der Kochkenntnisse, Schul- und Fabriksküchen, Speiseanstalten, Arbeitsentlastung der verheirateten Frau. Die Ausübung der Brusternährung ist energisch zu fördern: a) Durch Schutz der Wöchnerinnen mittels Hauspflege, Verlängerung der Krankenkassenunterstützung auf wenigstens zwei Monate und Fürsorge für Dienstmädchen und verheiratete Frauen; außerdem ist für Stillprämien, städtische Wöchnerinnenheime, Zufluchtsstätten, Fürsorgestellen, Räume zum Nähren in den Fabriken zu sorgen; b) durch lokale Kräftigung der Nährorgane. Bei der Degeneration der Brustwarzen fand ich, daß ein angeborener Wachstumsfehler häufig vorliegt. Von 1044 weiblichen Säuglingen waren nur bei 570 die Warzen makellos, von 311 Knaben bei 275. Durch Massage (Auseinanderziehen des Warzenhofes in der Richtung der Brustmuskeln), später Armbewegungen ist eine Abhilfe leicht zu erzielen. Die Hebammen sind von diesem Fehler zu unterrichten und müssen die Mütter in Kenntnis setzen; späterhin in den Turnstunden sind die Armbewegungen besonders zu berücksichtigen. Auch die Darmerkrankungen schließen sich der Säuglingssterblichkeit an und sind am stärksten bis zum sechsten Monate, so daß in den ersten sechs Monaten 1102, in dem zweiten Monate 337 Kinder starben. Daher ist bis zum sechsten Monate die mütterliche Nahrung oder wenigstens Allaitement mixte zu erstreben. Eine Amme darf ihr Kind nicht vor Ende des zweiten Monates verlassen. Wünschenswert ist Mitnahme des Ammenkindes und Allaitement mixte. Die Veränderungen der Kuhmilch sind Folgen der Hitze, welche ein durch die Sommerwärme widerstandsloses Kind treffen. Die Gemeinde muß die Gewinnung einer billigen, reinen Vollmilch ermöglichen, welche bis zum Konsumenten kühl gehalten werden muß. Durch Ärzte, Fürsorgestellen, Hebammen, Schulen ist die Bevölkerung über die Behandlung der Milch als Säuglingsnahrung zu unterrichten und der Säugling und die Milch im Sommer vor Hitze zu schützen. — Unehelichen Säuglingen muß wegen der hohen Sterblichkeit und den ungünstigen Lebensbedingungen nach dem Leipziger Beispiele Hilfe gebracht werden, durch Einführung der behördlichen Generalvormundschaft über alle unehelichen Kinder von der Geburt ab, wo sie sich auch befinden mögen, bei der Mutter oder in fremder Pflege, und Beaufsichtigung derselben durch angestellte Ärzte und besoldete, in der Kinderpflege unterrichtete Anstaltsdamen. Eine beaufsichtigte Einzelpflege bietet die beste Lebensbedingung für den unehelichen Säugling, und nur hiedurch kann eine individuelle Behandlung und Ausschaltung infektiöser Erkrankungen, wie Tuberkulose, durchgeführt werden. — Ein Säuglingsheim ist nur als Durchgangshaus zu betrachten. Diese Kontrolle und vielfache Fragen auf diesem Gebiete, z. B. der oft ganz ungenügende Transport von durch Behörden abgeschobenen Säuglingen, erfordern die Anstellung eines Gemeinde-Kinderarztes. Die Leipziger Fürsorgeeinrichtung für die unehelichen Kinder muß nach Übertragung größerer Kompetenzen vom Staate auf die Gemeinde und das ganze Reich ausgedehnt werden und eine Reichszentralstelle zur Verwendung der gewonnenen Resultate geschaffen werden.

Szana, Direktor und Chefarzt des staatlichen Kinderasyles in Temesvar berichtet darauf über die Erfahrungen, die mit der staatlichen Fürsorge in Ungarn bereits gemacht worden und in dem ungarischen Systeme mustergültig gelöst sind. Der Staat übernimmt die Versorgung der der öffentlichen Fürsorge bedürftigen Kinder. Sobald die Bedürftigkeit angemeldet ist, erfolgt die öffentliche Versorgung. Die Prüfung der Bedürftigkeit selbst erfolgt erst nach der Aufnahme des Säuglings. Als Folge dieses Systems, welches der Mutter doch eine Verantwortung und Lasten aufbürdet, kommen in Ungarn die Säuglinge älter zur Aufnahme als beim romanischen System, das direkt zur Abgabe der Säuglinge reizt, etwa im selben Alter als beim germanischen System in das städtische Kinderasyl in Berlin, doch mit bedeutend höherem Durchschnittsaufnahmegewicht als in diese Anstalt, wohl weil kein einziger Fall durch administrative Schwierigkeiten verspätet aufgenommen wird. Wie wichtig die frühzeitige Aufnahme ist, beweist, daß die im späteren Alter zur Aufnahme gelangenden Säuglinge mit einem zum Durchschnittsgewichte immer tiefer sinkenden Aufnahmegewichte zur Aufnahme kommen. Es sterben in diesem zweimal so viel als von denen, die mit schwächerem Gewichte als der Durchschnitt zur Aufnahme gelangen. Die Versorgung des Säuglings geschieht im ungarischen System prinzipiell bei der Mutter und es werden außer dem Hause erwerbstätigen Frauen Stillprämien gegeben, damit sie zu Hause bleiben und säugen können. Mütter, die keine eigene Wohnung besitzen, werden mit ihrem Kinde in Außenpflege gegeben. Nur wenn keine der beiden Arten anwendbar ist, kommt das Kind zu einer Pflegemutter. Von den durch eine Pflegemutter gesäugten Säuglingen starben dreimal soviel als von jenen Säuglingen, die durch ihre Mutter gegen Stillprämien gesäugt wurden und zweimal soviel als von denen, die mit ihrer Mutter in Außenpflege gegeben wurden. Bei gleicher Art der Versorgung ist ein Unterschied zwischen der Sterblichkeit von ehelichen und außerehelichen Säuglingen nicht zu konstatieren. Die Sterblichkeit der von einer Pflegemutter gesäugten Säuglinge ist um ein Viertel auch noch im zweiten Jahre größer als der von der eigenen Mutter gesäugten, um ein Fünftel auch noch im dritten Jahre, und erst im vierten Jahre verschwinden die Unterschiede. Die in öffentlicher Versorgung befindlichen Säuglinge haben, wenn sie gegen Stillprämien bei ihrer Mutter belassen werden, ein Durchschnittsgewicht, das höher ist als das Aufnahmegewicht der in öffentliche Versorgung kommenden Säuglinge gleichen Alters. Werden die in öffentlicher Versorgung befindlichen Säuglinge mit der säugenden Mutter zusammen in Außenpflege gegeben, so ist ihr Durchschnittsgewicht beiläufig gleich dem Aufnahmegewichte der in öffentliche Versorgung kommenden Säuglinge. Werden die Säuglinge aber durch eine Pflegemutter gesäugt, so ist ihr Durchschnittsgewicht (immer nach mindestens vierwöchiger Versorgung) niedriger als das Aufnahmedurchschnittsgewicht der in öffentliche Versorgung gelangenden Kinder. Unter den eigenen Kindern der säugenden Pflegemutter, welche dem Pflegekinde zuliebe früher entwöhnt werden, sind durch das frühere Entwöhnen keine Todesfälle nachzuweisen. Unter den durch eine Pflegemutter gesäugten Kindern ist die Sommersterblichkeit ein Viertel größer, als die des übrigen Jahres. Ein Viertel der verstorbenen Säuglinge starb einen Monat nach seiner Aufnahme.

Die außerordentlich interessanten Mitteilungen beider Redner fanden den ungeteilten Beifall der Versammlung. Im

Anschlusse an die Referate schildert Keller, Magdeburg, die Einrichtungen der Säuglingsheime und ihre Erfolge. Vorbildlich für die meisten Säuglingsheime sei die Dresdener Anstalt geworden. Die Säuglingsheime seien ein wichtiger Faktor in der Säuglingsfürsorge geworden. Wir werden gelegentlich der Besprechung der hygienischen Ausstellung auf die Säuglingsheime, von denen ein wundervolles Modell zur Vorführung gelangt, zurückkommen.

Im Zusammenhange mit dieser Frage der Säuglingsfürsorge stand die folgende: „Über Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene“. Die Redner Fritsch, Bonn, Brenneke, Magdeburg, Frau Kruckenberg, Kreuznach, waren sich darin einig, daß die Hebammen in der Fürsorge für die Säuglinge eine große, oft ausschlaggebende Rolle spielen, da sie für den weitaus größten Teil der Mütter die alleinigen Beraterinnen in allen Fragen der Ernährung und Pflege der Säuglinge sind und bleiben. Eine umfassende Reform des Hebammenwesens sei unerläßlich. Unter den jetzigen Verhältnissen sei eine Fortbildung in der Säuglingshygiene nicht gut möglich, denn Fortbildung erheischt zunächst Bildung. Der Hebammenberuf verdient und verlangt, wie kein anderer, ein höherer Frauenberuf zu werden. Dann erst können die Hebammen zur Säuglingshygiene fortgebildet werden und den Müttern Ratschläge für die natürliche oder künstliche Ernährung geben. Aber, wie Fritsch richtig hervorhob, kranke Kinder darf keine Hebamme behandeln. Alle ihnen zu lehrenden Maßregeln haben nur den Charakter der Prophylaxe. Eine eingehende Diskussion, die sich anschloß, zeigte eine Resolution über die obligatorische Schwangerschafts- und Wöchnerinnenunterstützung bei den Krankenkassen.

Von den Säuglingen zu den Erwachsenen übergehend, beschäftigte sich die Sektion mit Fragen der „Nahrungsmittelgesetzgebung und -Überwachung in den verschiedensten Ländern“, über die die Vertreter der einzelnen Länder, Chassevant, Paris, Kerp, Berlin, Panzer, Wien, referierten. Über das wichtige Kapitel der „Konservierungsmittel für Nahrungs- und Genußmittel“ sprach Lehmann, Würzburg, und Blauberg, Odessa. Großes Interesse fand ein Vortrag von Dosquet-Manasse, Berlin: „Herstellung von Konserven bezw. Fleisch-Fischhaltbarmachen“. Der Redner führte ungefähr folgendes aus: Wir besitzen zwar haltbare, aber durch die Überkochung für die Ernährung hygienisch nicht einwandfreie Fleischkonserven. Eine Umwälzung in der Konservenindustrie ist unerläßlich durch die Abkehr von der die natürliche Beschaffenheit des Fleisches verändernden antiseptischen, durch Zusatz von chemischen Mitteln, und den Übergang zu der von ihm bis ins einzelne ausgearbeiteten aseptischen Kochmethode. Nach seinen Versuchen ist das im Kochtopfe gekochte Fleisch bereits keimfrei. Es wird durch die in den Fabriken übliche Methode auf dem Wege vom Kochtopfe bis zur Büchse wieder mit Keimen verunreinigt. Diesen Weg gestaltet er nun keimfrei, einmal dadurch, daß die noch heißen, bedeckten Töpfe durch ein weites Rohr in einen mit keimfrei filtrierter Luft gefüllten Raum gebracht werden, und daß in diesem eine von ihm konstruierte Maschine aufgestellt wird, mittels welcher ohne vorherige Berührung oder Luftzutritt das Fleisch unter strömendem Wasserdampf automatisch in gleichmäßige Stücke geschnitten und abgewogen in vorher keimfrei gemachte Büchsen selbsttätig eingebracht wird. Man ist mit Hilfe dieser Methode imstande, im Geschmack vollwertige Fleischkonserven zu erzielen, das billige Fleisch in den Kolonien zu verarbeiten und die Fabrikation zu beschleunigen durch die gleichzeitige Füllung einer großen Anzahl Büchsen nacheinander, was von großer Bedeutung für die Versorgung der Armee und Marine ist.

Ein sozialhygienisch wichtiges Problem behandelte ferner Rubner, Berlin: „Die volkswirtschaftliche Wirkung der Armenkost“. Unter Armenkost ist eine Kost zu verstehen, die aus Mangel an Subsistenzmitteln aus genußmittelarmen, billigen Vegetabilien zusammengesetzt werden muß und zur Erhaltung eines normalen Körpergewichtes nicht genügt. Daraus folgt die Verminderung der Arbeitskraft dieser Klasse, ihre geringere Verwendbarkeit, die hohe Krankheitsziffer und Mortalität, die starke Inanspruchnahme der Krankenkassen, wahrscheinlich auch die Mehrung der Unfälle und traumatischen Verletzungen, das körperliche Zurückbleiben der Kinder solcher Mindererernährten, die Gefahr solcher Klasse als erste Nährböden bei Epidemien. Ferner ist bedeutungsvoll die Rückwirkung solcher Kost auf den Gemütszustand. Es muß das Bestreben sein, die Zahl solcher Personen zu vermindern. Unter allen Umständen ist die Ernährung der Arbeiter mit starker Muskelarbeit so zu gestalten, daß erstere zur Erhaltung eines kräftigen Körpers hinreicht. Ungenügende Ernährung kann auch in schlechter Führung des häuslichen Budgets, unzweckmäßiger Ernährung, mangelnder Kochkunst, ferner auf den Genuß alkoholischer Getränke beruhen. Zum Studium der öffentlichen und Volksernährung ist die Einrichtung einer staatlichen Zentralstelle, eines „Nahrungsamtes“ unabweislich. Blauberg, Odessa, ergänzte die Mitteilungen Rubners und machte interessante Mitteilungen über die Nahrungsversorgung der bei den Progromen in Odessa plötzlich mittellos gewordenen großen Volksmengen. (Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über die Behandlung des Milzbrandes. Von Dr. Otto Schwab.

Die Ansichten über die Behandlungsweise des Milzbrandes beim Menschen sind zurzeit auf zwei große Lager verteilt. Während die einen für konservative Behandlung eintreten, wird auf der anderen Seite der chirurgischen aktiven Behandlung der Vorzug gegeben. In neuester Zeit ist wieder Barlach für eine absolut chirurgische Behandlung, besonders bei schwereren Fällen, eingetreten. Er stellt um die Pustel durch Punktionen mit dem Thermokauter eine tiefe Rinne her, dann spaltet er die Pustel durch einen tiefen Querschnitt und entspannt größere Ödeme durch ausgiebige Inzision. Zum Schlusse werden kreisförmig, in näherer oder fernerer Umgebung der Pustel Einspritzungen von Jodtinktur gemacht.

Alle Fälle Sch.s sind in Heilung ausgegangen und sollen zeigen, daß eine aktive chirurgische Behandlung durchaus nicht notwendig ist. Der letzte Fall ist von besonderem Interesse, da er mit Serum behandelt ist. Die 8 Fälle sind alle bakteriologisch zweifellos als Milzbrand festgestellt worden.

Wenn wir das Material überblicken, bei dem sehr schwere Fälle vorhanden waren, so können wir in bezug auf die Behandlung nur der konservativen Therapie das Wort reden; und die Erfolge haben es zweifellos gezeigt, daß man sehr wohl mit einer konservativen Methode auskommen kann. Die Reihe der aktiv chirurgisch Behandelnden ist so groß, und deren Erfolge werden von so authentischer Seite gerühmt, daß an der Hand ihrer Fälle diese aktiv Behandelten mit einem gewissen Rechte für ihre Behandlungsweise eintreten können. War aber diese energische Behandlung mit Thermokauter und Messer oder mit Einspritzungen großer Quantitäten Karbolsäurelösung überhaupt nötig, und wären diese Fälle nicht auch ohne diese energischen Maßnahmen geheilt? Nach unserer Meinung kann die Verletzung des Körpers durch tiefe Inzisionen nur schaden, dadurch, daß neue Wege zur Aufnahme von Bazillen geschaffen werden. Auch Kauterisation und Zerstörung des infizierten Gewebes um die Pustel kann keinen Erfolg versprechen, da die Pustel lokal, die Erkrankung aber allgemein ist. Es ist nachgewiesen, daß schon kurze Zeit nach der Infektion das Virus im Körper zu finden ist. Auch Karbolsäureinjektionen scheinen uns, wenn auch über eine große Zahl von Fällen berichtet wird, die trotzdem geheilt sind, ohne daß sie je Vergiftungserscheinungen gezeigt hätten, wegen der Gefahr von Vergiftung eine zu gewagte Behandlung.

In neuester Zeit ist uns aber auch durch die Serumtherapie ein Mittel in die Hand gegeben, das verdient, in jedem einzelnen Falle angewandt zu werden. Besonders ist es das italienische Milzbrandserum, dem die beste Wirkung



nachgerühmt wird. Die Wirkung des Serums trat in unserem Falle, sowie in dem von Ragni erwähnten ebenso wie bei den Sclavoschen und Mendezschen Fällen deutlich hervor. Unangenehme Nebenwirkungen sind in keinem Falle beobachtet worden. Wenn bei der Serumbehandlung keine Erfolge erzielt wurden, so liegt nach unserer Meinung die Schuld an der Beschaffenheit des Serums. Ein einwandfreies, modern hergestelltes Serum wird wohl nur in den seltensten Fällen versagen. (Mediz. Klinik Nr. 8.)

*

Pneumothorax und Heftpflasterverband. Von Doktor O. Niedner.

Die Erwägung, daß der in der Chirurgie bewährte Grundsatz, „das erkrankte Organ ruhig zu stellen“, bei unseren therapeutischen Maßnahmen auf dem Gebiete der inneren Medizin mehr Beachtung verdiene, veranlaßte N. im Jahre 1901 (Deutsche med. Wochenschr. 1901, Nr. 23), die Anwendung eines fixierenden Heftpflasterverbandes der erkrankten Seite für diejenigen Fälle von Hämoptoe zu empfehlen, in denen der Sitz der Blutung bekannt und eine Stillung derselben mit den geläufigen Mitteln zu erreichen sei. Diese Behandlungsart hat sich mir inzwischen bei einer größeren Zahl von Lungenblutungen bewährt, und auch von anderer Seite ist mir zu meiner Freude mitgeteilt, daß sich diese Methode im Krankenhause wie am Privatkrankenbett vielfach nützlich erwiesen hat.

Von vornherein lag der Gedanke nahe, den halbseitigen, fixierenden Heftpflasterverband auch in denjenigen Fällen von Pneumothorax anzuwenden, in denen bei offener Kommunikation zwischen Pleura und Bronchus (Ventilpneumothorax) jeder Atemzug neue Luft in die Pleurahöhle gelangen läßt und so der Resorption der Luft bezw. der Heilung entgegenarbeitet.

Der erste Fall von Pneumothorax, bei welchem N. den Heftpflasterverband in Anwendung ziehen konnte, bot zwar wegen der schweren destruktiven Lungenveränderungen, in deren letztem Stadium der Pneumothorax eintrat, quoad restitutionem keine Aussichten, ermutigte aber doch angesichts der Dankbarkeit, mit welcher der Patient die Erleichterung anerkannte, welche ihm die Fixierung der erkrankten Seite offensichtlich brachte, zu weiteren Versuchen, und wurde geheilt.

Von besonderem Interesse ist der Fall eines jungen Russen. Die Tatsache, daß es sich hier um einen schon seit 3 Wochen bestehenden Pneumothorax handelt, welcher in verhältnismäßig kurzer Zeit restlos heilte, hebt diesen Fall doch aus der Zahl der üblichen heraus.

Im Anschlusse hieran möchte N. noch einen Fall von Pneumothorax erwähnen, welcher weniger therapeutisch als ätiologisch von Interesse ist.

Es handelte sich hier offenbar um einen traumatischen Pneumothorax (ohne Verletzung der Thoraxwand) lediglich infolge von Lungenriß durch Quetschung. Da die Lungenwunde offenbar schnell verklebte, ging die Resorption des Pneumothorax schnell vor sich.

Die günstigen Erfahrungen, welche N. mit dem fixierenden Heftpflasterverband bei Pneumothorax gemacht habe, ermutigen ihn, diese Behandlungsweise für einschlägige Fälle zu empfehlen — um so mehr, als der Nutzen eines solchen fixierenden Verbandes ja auch theoretisch einleuchtend ist. Denn wenn es gelingt, die Atmungsexkursionen der erkrankten Seite wesentlich herabzusetzen, so daß die durch die Dyspnoe forcierten Pumpbewegungen der Brustwand nicht mehr imstande sind, den — bei Überdruck im Pleuraraum ohnehin zum Schlusse neigenden — Klappenverschluß der Kommunikation zwischen Lunge und Pleura zu öffnen, so kann die Verklebung der Lungenfistel eintreten. Ist aber erst das Ventil verschlossen, so wird die Luft im Pleuraraum in kurzer Zeit resorbiert werden.

In letzter Zeit, namentlich in eiligen Fällen, wo es die Rücksicht auf den Patienten forderte, möglichst schnell den Verband anzulegen, hat N. wesentlich breitere Heftpflasterstreifen genommen, als ich dies seinerzeit beschrieben habe (4—6 *cm* breit). Der Verband läßt sich dann erheblich schneller anlegen und hat mir dasselbe geleistet. (Mediz. Klinik Nr. 8.)

*

Über Pubiotomie. Von Dr. N. Prozovowsky, Moskau. Vortrag auf dem Perogowschen Kongresse 1907.

P. formuliert die Indikationen zur Pubiotomie folgendermaßen: 1. Die Pubiotomie kann nur im Interesse des kindlichen Lebens ausgeführt werden. 2. Die Beckenverengung darf bei flachem Becken keine kleinere vera als 7·5 *cm* haben, bei allgemeinverengten nicht kleiner als 8 *cm*. 3. Die Verengerung dient aber nur dann als absolute Indikation, falls bei der Beobachtung des Geburtsverlaufes sich die völlige Unmöglichkeit herausstellt, daß der kindliche Kopf spontan durch den Beckenring treten kann oder falls die Mutter ein lebendes Kind wünscht und die Geburt schnell beendet werden muß, aus noch anderen dringenden Indikationen. 4. Frühzeitiger Fruchtwasserabfluß und Temperatursteigerungen sind keine Kontraindikationen. 5. Pubiotomiert darf nur dann werden, wenn der Geburtskanal genügend erweitert ist, um die Zange anzulegen oder zu wenden. 6. Nach der Pubiotomie soll die Geburt sofort durch Zange oder Wendung beendet werden. 7. Bei dringender Indikation zur schleunigen Beendigung der Geburt und ungenügend verbreiterten Weichteilen muß zuerst das collum genügend künstlich erweitert werden. 8. Nur ausnahmsweise, bei Erstgebärenden oder solchen mit rigider und enger Vagina kann die Geburt nach der Pubiotomie den Naturkräften überlassen werden, wenn sonst keine Indikationen zum operativen Eingriffe von seiten der Frucht vorliegen. 9. „Probezangen“ sollten im Interesse des kindlichen Lebens vor der Pubiotomie nicht angelegt werden. (Russ. med. Rundschau Nr. 11, 1907.

*

Chirurgische Syphilis. Von F. Karewski.

Die Krankheitsbilder, welche die Syphilis in ihrem wechselvollen und oft rätselhaftem Verlaufe erzeugt, vermögen in doppeltem Sinne sich so zu gestalten, daß sie vorwiegend chirurgisches Interesse beanspruchen. Sie können Veränderungen vortäuschen, welche äußerst bedenklicher Natur zu sein scheinen, eingreifende operative Eingriffe veranlassen müßten, wenn nicht ihr wahrer Charakter erkannt würde. Aber wenn auch ihre örtlichen Produkte in ihrer Wesenheit geklärt sind, so kann ihre Beschaffenheit zur Heilung, zur Verhütung unheilvoller, progressiver Zerstörungen, oder auch nur zur Verhinderung funktioneller Beeinträchtigungen chirurgische Maßnahmen erfordern, weil die üblichen medikamentösen Methoden allein nicht zu ihrer Beherrschung ausreichen.

Beide Arten syphilitischer Affektionen betreffen zwar in der Mehrzahl der Fälle Personen, die aus sozialen Gründen nicht in der Lage waren, ihre ursprüngliche Infektion mit der genügenden Aufmerksamkeit ärztlich beaufsichtigen zu lassen, oder aus gleichem Grunde nicht ausreichend beachtet haben, oder bei der Behandlung der Folgezustände sich außerstande befanden, mit der nötigen Sorgfalt ihre Heilung anzustreben. Sie können sich aber auch bei Leuten einstellen, die sich nach intensiven Kuren geheilt wähnten, lange Zeit von allen Erscheinungen befreit waren, um dann nach Jahrzehnten von schwersten Formen tertiärer Lues befallen zu werden. Oft sind sie in voller Unkenntnis darüber, jemals syphilitisch erkrankt gewesen zu sein, häufiger noch sind sie in falscher Scham bestrebt, dem forschenden Arzte die supponierte Ursache ihrer Leiden zu verbergen, nicht selten haben nicht nur sie, sondern auch ihre Berater die Meinung, daß die mehr als ein Menschenalter zurückliegende primäre Ansteckung unmöglich mit den schweren und mannigfachen, anderen überaus ähnlichen Zuständen in Zusammenhang stehen könne. Viele von diesen Patienten suchen von vornherein chirurgische Hilfe nach, andere, die bei der bisherigen, an sich vielleicht durchaus korrekten Therapie von ihren



quälenden, die Arbeitsfähigkeit herabsetzenden Leiden nicht genasen, setzen ihre letzte Hoffnung auf das Messer.

Immerhin ist glücklicherweise die „chirurgische" Syphilis nicht allzu häufig. Kein Organ, kein noch so kleiner oder versteckt liegender Teil des menschlichen Körpers bleibt immun gegen die Beeinflussung durch das Virus dieser Seuche, in allen können Produkte erzeugt werden, die mit ganz verschiedenartigen frappante Ähnlichkeit haben. Äußere Bedeckung und Schleimhaut, Muskeln und Sehnen, Knochen und Gelenke, drüsige Organe jeder Art werden betroffen — einfache eitrige und tuberkulöse Entzündungen, benigne und maligne Geschwülste, Nervenschmerzen und Lähmungen können vorzuliegen scheinen. So manche Amputation von Gliedern, zahlreiche Ausrottungen ganzer Organe, viele entstellende oder verstümmelnde Operationen können vermieden werden, wenn die Herkunft der Affektion eruiert wird — nicht wenige, als syphilitisch erkannte Patienten werden durch einfache Eingriffe vor Siechtum bewahrt werden, wenn man die an sich richtige Behandlung durch chirurgische konservative Maßnahmen oder durch blutige Eingriffe unterstützt.

So wird also dem Chirurgen ein weites Feld der Betätigung auch bei der Behandlung der Lues geboten, sei es, daß er rechtzeitig eine Fehldiagnose vermeidend, eine an sich geboten erscheinende Intervention unterläßt, sei es, daß er die Heilung geradezu vermittels seiner Methoden fördert.

Ersteres ist unzweifelhaft viel wichtiger als das letztere, weil dieses ja nur Symptome zu beseitigen hat, meist nur Komplikationen bekämpft, jenes aber der ganzen Therapie die Wege vorschreibt. Das ist ungeheuer einfach, wenn der Kranke gleichzeitig andere syphilitische Stigmata an sich trägt, das kann ebenso kompliziert werden, wenn solche fehlen.

Denn schon bei der Frage, wie man feststellen kann, ob der Patient an Lues erkrankt gewesen ist, oder von den Eltern her die Ansteckung übernommen hat, stoßen wir auf große Schwierigkeiten. Zahlreich sind auch die Fälle, wo sich Personen beiderlei Geschlechtes gar nicht eines Primäraffektes erinnern, sei es, daß er an sich geringfügig war, sei es, daß er an ungewöhnlicher Stelle gesessen hat. Ulzera der Portio, des Endometriums verursachten oft nur eine Blennorrhoe, die als „weißer Fluß" kaum beachtet wurde, ein Harnröhrengeschwür imponierte als Tripper, der sich zwar durch lange Dauer, durch blutige Beimengungen zum Sekret auszeichnete, vielleicht auch eine „Striktur" in der Fossa navicularis hinterließ, aber schließlich doch zur Ausheilung kam. Noch weniger kommt den Leuten der wahre Charakter extragenital belegener Schanker zum Bewußtsein.

Sicherlich gehören diese Fälle insgesamt zur Form der leichten Lues. Indessen kann man mit ebenso großer Bestimmtheit feststellen, daß auch die gutartigsten syphilitischen Erkrankungen, die nur eine vorübergehende oder gar keine Behandlung erforderten, jahre-, jahrzehntelang ohne Symptome getragen wurden, dennoch die allerbedenklichsten örtlichen Herde hervorrufen können. Was für die Tabes und die progressive Paralyse gilt, hat seine Bedeutung auch für die chirurgische Syphilis — nur mit dem Unterschiede, daß der Zusammenhang zwar schwerer erkennbar, dann aber auch mehr segenbringend ist, weil er der Therapie günstigere Aussichten eröffnet, als bei den Störungen des Zentralnervensystems.

Bringt somit die Anamnese der Klienten für den Arzt keine verläßlichen Fingerzeige, so enthält sie auf der anderen Seite mancherlei Handhaben für die Diagnose. Wir erinnern an Abortus und Sterilität verheirateter Frauen, die auch in der Richtung verwertbar ist, daß aus der mangelnden Fortpflanzungsfähigkeit des Ehepaares auf eine in früher Jugend akquirierte Infektion des Mannes Schlüsse gezogen werden können. Wir unterlassen indessen nicht, davor zu warnen, daß Kinderreichtum gegen die Annahme einer solchen verwertet wird.

Der Turnus der Geburten mag vielleicht die einzigen Verdachtsmomente für hereditäre Lues enthalten, wenn in der klassischen Weise auf mehrere Frühgeburten, tote, totfaule Föten, aber auch lebende entwicklungsunfähige Früchte endlich ein normales Kind folgte. Ererbte Syphilis, namentlich solche, welche in später Zeit die ersten Äußerungen manifestiert, ist sicherlich viel häufiger, als gemeinhin angenommen wird, kann viele Jahre latent bleiben und nicht selten in der ersten Jugend den skrophulosen Habitus der Kinder verschulden.

Trägt nun das mündliche Krankenexamen im großen und ganzen wenig zur Aufklärung des Tatbestandes bei, so sind wir um so mehr auf die peinliche objektive Untersuchung des entkleideten Menschen angewiesen. Sie gibt allein die Möglichkeit, nicht nur fernab von der Stelle, deren Affektion Gegenstand ärztlicher Fürsorge werden soll, weitere zweifelsfreie pathologische Produkte aufzufinden: vereinzelte Papeln, die als harmlose „Pickel", Rupiaflecke, die als „Kratzwunden", zerfallene Gummata, die als „Blutgeschwüre", Tophi an den Knochen, welche als Effekte eines „Stoßes" vom Patienten gedeutet wurden u. a. m., was der Patient dem Berater mitzuteilen nicht für nötig hält. Insbesondere auch enthüllt sie uns in Narbenbildungen von typischer Form, Farbe, Lokalisation die Endausgänge geschwürig gummöser Prozesse, von deren Dignität der Träger keine Ahnung hat.

(Fortsetzung folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 13. März 1908.

Julius Hochenegg stellt einen Fall von Akromegalie (30jährige Patientin, Adenom der Hypophyse) vor. Die Exstirpation des Hypophysentumors bewirkt in sehr kurzer Zeit ein wesentliches Zurückgehen sämtlicher Krankheitserscheinungen.

Sigmund Exner erinnert daran, daß man sich bisher vielfach die Akromegalie als eine Folge des Ausfalles der Funktionen der Hypophysis vorgestellt hat. In dem vorgestellten Falle kann durch die Operation die Hypophysis aber nur ganz oder teilweise entfernt worden sein, wenn überhaupt noch funktionsfähige Reste vorhanden waren. Trotzdem seien die Symptome zurückgegangen. Das stehe also mit jener Vorstellung im Widerspruche.

Emil Redlich: Für die Akromegalie wird jetzt nicht Fehlen der Hypophysenfunktion, sondern im Gegenteile eine Hyperfunktion angenommen und so wird der Rückgang der Erscheinungen der Akromegalie nach Exstirpation des Tumors leicht verständlich.

Siegfried Grosz demonstriert einen Rehbock mit verbildetem perennierenden Geweih. Die Entfernung der Hoden hat bei Rehböcken zur Folge, daß sie in den allernächsten Wochen das Gehörn abwerfen und dann ein verbildetes perennierendes Geweih sich ausbildet, ein sogenanntes Perückengeweih.

Weiters zeigt noch Grosz zwei ähnliche Geweihe. Das eine stammt von einem Kastrierten, das zweite von einem Rehbock, dessen Hoden durch ein Trauma zugrunde gegangen war.

Anton Khautz sen. bemerkt, daß die Bildung solcher Perückengehörne nicht jedesmal bei Kastration eintrete.

Julius Tandler betont, daß das wichtigste Charakteristikon des Perückengeweihes darin besteht, daß dieses Geweih nach der Kastration neu entsteht, einen Integumentüberzug behält und nie mehr abgeworfen wird.

Gustav Bondy stellt eine Patientin vor, bei der er die operative Ausräumung des Bulbus venae jugularis, die sogenannte Bulbusoperation, ausgeführt habe und bespricht eingehend die Technik und Methode dieser Operation, deren Hauptvorzug die bewußte Schonung des Nervus accessorius ist.

Salomon Ehrmann demonstriert einen Fall von frischem, großpapulösem syphilitischem Exanthem, welches an jenen Stellen, wo es ultravioletten Licht-



strahlen (Uviollicht) ausgesetzt wurde, in kürzester Zeit sich völlig involvierte. E. demonstriert die verschiedenen Stadien an verschiedenen Stellen: 1. auf der Schultergegend rechts, bestrahlt am 25. und 26. Februar, 2. in der rechten Lendengegend, bestrahlt am 27. und 28. Februar und 3. auf dem Vorderarme, bestrahlt am 8. März, und zeigt die Veränderungen im Vergleiche zur anderen nicht behandelten Seite des symmetrisch angeordneten Syphilids. Ein ähnliches Gumma, das mit Uviollicht bestrahlt wurde, resorbierte sich und ist in voller Überhäutung nach vier Tagen bei zwei- bis dreimaliger Bestrahlung. Damit ist ein wertvolles Mittel, vorläufig durch Lokalbehandlung schwer heilende Syphilisformen rasch zum Schwinden zu bringen, gegeben. 2. Den im Jänner demonstrierten Patienten mit Erythrodermia exfoliativa und einer Blutanomalie, die sich durch reichliche eosinophile Leukozyten (32%) auszeichnete und Drüsentumoren aufwies. Nach je viermaliger Bestrahlung der Inguinal- und zweimaliger Bestrahlung der supraklavikularen Drüsen auffallendes Zurückgehen der Hautsymptome. Das Blutbild ist insoferne verändert, als die Zahl der eosinophilen Zellen etwas abnahm (jetzt 27%) und die der mononuklearen zunahm (11% gegen 1·7%).

Karl Menzel demonstriert einen Pat. mit einem ganz initialen, primären Plattenepithelkarzinom des weichen Gaumens. Oberhalb der Basis der Uvula befindet sich eine etwa hellerstückgroße, dreieckig umgrenzte, etwas eingesunkene Narbe, die offenbar von der Perforation eines vor Jahren durchgemachten Peritonsillarabszesses herrührt. An zwei Stellen des Narbenrandes zeigen sich zwei über hanfkorngroße, über das Niveau der übrigen Schleimhaut hervorragende Knötchen mit leicht unebener Oberfläche, welche breit aufsitzen und sich sehr derb anfühlen. Die histologische Untersuchung eines probeexzidierten Stückchens aus dem einen der beiden Knötchen bestätigte die Diagnose.

Eduard Lang macht darauf aufmerksam, daß man an der allgemeinen Decke gar nicht so selten Flächenkrebse von äußerst langsamem Wachstum beobachte, die mit Narbenbildung spontan ausheilen oder — was gewöhnlicher ist — teilweise, und zwar im Zentrum narbig ausheilen, an einzelnen Stellen der Peripherie jedoch in ihrem äußerst schleppenden Tempo weiterschleichen. Ein analoges Verhältnis könnte hier an der Schleimhaut vorliegen.

Diskussion zum Vortrage Robinsons: Über einen positiven Röntgenbefund am Schädel bei Epilepsie usw. (vide letzte Nummer d. Bl.)

Arthur Schüller erinnert daran, daß er vor längerer Zeit bereits auf die Möglichkeit hingewiesen habe, intrakranielle Weichteile direkt dann nachzuweisen, wenn sie in eine lufthaltige Kopfhöhle eindringen. Auch konnte er bei einer großen Anzahl häufiger und praktisch wichtiger Gehirnerkrankungen positive Befunde erheben, welche allerdings nicht die Grundkrankheit selbst darstellen, sondern diejenigen Veränderungen, welche dabei am knöchernen Schädel zur Ausbildung kommen. Was speziell die Befunde bei Epilepsie betrifft, so wurden dieselben in folgende Gruppen eingeteilt: 1. traumatische Fissuren, Impressionen und Lochdefekte; 2. umschriebene oder diffuse Hyperostosen und Osteoporosen, insbesondere infolge von Lues; 3. Asymmetrien der beiden Schädelhälften und verschiedene Dicke derselben; 4. Geschwülste und andere drucksteigernde Prozesse. Als neuere Befunde sind zu erwähnen: Der Nachweis von abnorm verzweigten und verschlängelten Furchen der Arteria meningae und die Konstatierung abnorm weiter Furchen der Venae diploëticae. Mit Hilfe der Röntgenstrahlen ist man imstande, schon in vivo die Furchen der diploetischen Venen und ihre Varietäten darzustellen. Die Kenntnis der letzteren ist in Fällen, wo es sich um chirurgische Eingriffe handelt, deswegen von großer Wichtigkeit, weil bei der Eröffnung derartiger Venen starke, schwer stillbare Blutungen eintreten können. Insbesondere scheint dies vorzukommen in Fällen mit intrakranieller Drucksteigerung. Weiters macht er auf das Vorkommen einer ganz besonders stark erweiterten Vena diploëtica aufmerksam in Fällen, wo durch einen Tumor cerebri lokale Druckwirkung ausgeübt wird. Gewöhnlich fällt der Anfangspunkt der erweiterten Vene mit der Stelle, an welcher der Tumor sitzt, zusammen, so daß ein derartiger Befund auch von diagnostischer Wichtigkeit im Sinne der Ortsbestimmung eines Hirntumors sein kann. *i. m.*

IV. Literatur.

Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Von Jessner. Dermatologische Vorträge für Praktiker. Heft 1. Fünfte Auflage. Würzburg. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch).

Die kleine Broschüre (52 Oktavseiten) liegt nunmehr bereits in fünfter Auflage vor und teilt mit den anderen dermatologischen Vorträgen des bekannten Autors den Vorzug, daß kurz und leichtfaßlich diejenigen Gesichtspunkte hervorgehoben werden, die zum Verständnis der Prophylaxe und Therapie der im Titel genannten Affektion in Betracht kommen. Ein weiterer Vorteil ist der Stil des Autors, welcher in Umgehung trockener Wissenschaft auch seine humoristische Ader blicken läßt, wie z. B. die Definition des „Verstandswinkels“ als Ausdruck dafür, daß der Inhaber eines solchen nicht den Verstand hatte, seine Seborrhoe zu beachten und zu behandeln. Im übrigen ein Büchlein auch für den intelligenten Laien, der allerdings immer auf den korrekten Weg, nämlich in die Sprechstunde des Arztes, gewiesen wird.

Kokkogene Hautleiden. Von Jessner. Dermatologische Vorträge für Praktiker, Heft 18. Würzburg. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch). 1907.

Verfasser gibt zunächst ein Schema der kokkogenen Dermatosen, die er in staphylogene und streptogene einteilt, bespricht sodann kurz die allgemeine Pathologie derselben, um sich endlich ausführlicher über die spezielle Pathologie und Therapie zu verbreiten. Am liebevollsten sind naturgemäß die beiden Hauptrepräsentanten der Gruppen, Furunkel und Erysipel, behandelt. Hier spricht der erfahrene Praktiker zum Praktiker, hier sind auch manche wertvolle Anregungen in therapeutischer Hinsicht zu finden. Neu war dem Referenten nur, daß alle feuchten Verbände, speziell der Alkoholverband, zweimal täglich gewechselt werden müssen. Im übrigen kann das Heft, in dem anhangsweise auch die phlegmonösen Prozesse, soweit sie für den Dermatologen in Betracht kommen, abgehandelt werden, speziell den jüngeren Kollegen, die in die Praxis treten, nur empfohlen werden.

Die Blutungen der Harnwege. Von Dr. Berthold Goldberg in Wildungen. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, Band VII, Heft 8. Würzburg. A. Stubers Verlag (Curt Kabitzsch) 1907.

Der Zweck der vorliegenden Abhandlung besteht in der Wiedergabe jener Fortschritte der modernen Urologie, soweit sie auf die Hämaturie Bezug haben. Dieses Symptom erfordert stets in erster Linie eine genaue Differentialdiagnose in betreff des Ursprungs der Blutung, der konsequenterweise erst dann die Erkennung des Grundleidens folgen kann. Diese Differentialdiagnosen werden von dem schriftstellerisch wohlbekannten Verfasser in kurzer und prägnanter Form besprochen, wobei dem Leser beispielsweise angeführte Krankengeschichten unterstützen sollen. Einige therapeutische Winke, die den Schluß der Arbeit bilden, werden dem praktischen Arzte gewiß Nutzen bringen. *R. Grünfeld.*

V. Aus der Praxis.

Granulierende Wunden, in deren Tiefe sich keine chronisch entzündlichen Prozesse abspielen, setzt Carl Haeberlin dem Sonnenlicht aus. Die Wunde wird so in das direkte, nicht durch Glasscheiben filtrierte Sonnenlicht gebracht, daß dessen Strahlen senkrecht auffallen, und das Pflegepersonal wird angewiesen, darauf zu achten, daß

bei dem Weiterrücken des Gestirnes auch die Wunde anders gelagert wird. Irgend welcher Vorrichtung zum Sammeln oder Reflektieren der Strahlen hat sich Haeberlin nicht bedient. Die durchschnittliche Dauer der Bestrahlung betrug 2—3 Stunden, meist waren es die Vormittagsstunden von 9—12 Uhr. Nach jeder Beleuchtung wurde die Wunde mit einem Stück Krüllgaze locker bedeckt.

Das Sonnenlicht übt sowohl auf epitheliale Gebilde als auch auf Bindegewebe und seine Abkömmlinge, das Granulationsgewebe, eine starke Wirkung aus. Die Granulationsfläche, die vorher feucht und unregelmäßig hoch war, wird rasch glatt und glänzend und trocken. Die kleinen Gefäßstämme, die sichtbar durch die Granulationen zogen, bilden sich zurück und veröden. An Stelle der Granula zeigt sich eine Anordnung von Faserzügen, die in Bündeln nach verschiedenen Richtungen fertiges Bindegewebe sind. Mit dieser Umwandlung der Granulationen in eigentliches Bindegewebe beginnt sich das Epithel des Wundsaumes vorzuschieben. Zugleich aber werden die Epithelränder auch durch die Schrumpfungsvorgänge bei der Bindegewebsbildung einander passiv genähert, und es kommt so eine Verkleinerung der Wundfläche zustande. Alle diese Wundheilungsvorgänge vollziehen sich unter dem Einfluß des Sonnenlichts ungemein schnell. Die Wirkung des Sonnenlichts illustriert auch noch folgender Fall Haeberlins, wo sich in einer Granulationsfläche eine sekundäre Pyocianeusinfektion etabliert hatte. Diese erwies sich gegen Jodoformausreibungen und Berieselungen mit Wasserstoffsuperoxyd völlig indifferent und erzeugte fortgesetzt große Mengen des bekannten grünblauen Eiters, bis die Wunde zweimal je zwei Stunden dem Sonnenlicht ausgesetzt wurde. Danach blieb die Infektion spurlos und dauernd verschwunden.

VI. Notizen.

Breslau. Der am 5. März hierselbst durch Prof. Winternitz, Wien, eröffnete 29. Balneologenkongreß ernannte den Geh.-Rat Prof. v. Strümpell, Breslau, den Geh. Med.-Rat und Reg.-Rat Telke, Breslau, und den langjährigen Generalsekretär der Gesellschaft, Geh. San.-Rat Dr. Brock, Berlin, zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft, sowie den erkrankten Vorsitzenden Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Liebreich, Berlin, zum Ehrenpräses des Kongresses. — Der Privatdozent für Kinderheilkunde Dr. Martin Thiemich der hiesigen Universität erhielt das Prädikat Professor. Prof. Thiemich ist vor kurzem zum Direktor des städtischen Kinderkrankenhauses in Magdeburg gewählt worden.

Erlangen. Der Privatdozent der Universität Greifswald, Prof. Dr. Philipp Jung, ist als ordentlicher Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der medizinischen Fakultät der hiesigen Universität berufen und zum Direktor der Universitäts-Frauenklinik ernannt worden.

Heidelberg. Dr. med. Maximilian Neu, Assistent der Universitäts-Frauenklinik, hat sich für Gynäkologie habilitiert.

Leipzig. Der Privatdozent der Dermatologie Dr. Ehrhard Riecke ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

München. Dr. med. Hans v. Baeyer, Assistent für Orthopädie am chirurgisch-klinischen Institut, hat sich für Orthopädie habilitiert.

Dijon. Der 18. Kongreß französischer Neurologen und Irrenärzte findet vom 3. bis 19. August hierselbst statt. Die Tagesordnung ist folgende: 1. Die geistigen Störungen infolge von Anomalien der inneren Sekretion der Drüsen; 2. Diagnostik und klinische Formen der Neuralgien; 3. Fürsorge für abnorme Kinder.

Washington. Der VII. Internationale Tuberkulosekongreß tagt hierselbst unter dem Präsidium von Frank Billings vom 21. September bis 12. Oktober d. J. Zur selben Zeit wird eine Ausstellung stattfinden. Unter den geplanten Auszeichnungen seien zwei Preise von je 1000 Dollars genannt, welche für diejenige freie Vereinigung bestimmt sind, die die besten Beweise von wirksamen Leistungen seit dem Internationalen Kongreß 1905 in bezug auf Linderung oder Verhütung der Tuberkulose zu liefern vermag bezw. für das beste gestellte Modell einer möblierten Woh-

nung für die Armen, die den Kampf gegen die Tuberkulose erleichtert. Ferner ist vom Smithsonian Institute die Summe von 1500 Dollars aus dem Hodgkins-Fonds für die beste Arbeit über die Beziehungen der atmosphärischen Luft zur Tuberkulose ausgesetzt worden. Die erste und letzte Woche sind für Besichtigungsreisen in Amerika, die mittlere, vom 28. September bis 3. Oktober, für wissenschaftliche Verhandlungen bestimmt. — Die Vorbereitung für Deutschland hat das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose übernommen, welches hiefür eine vorläufige Kommission ernannt hat, bestehend aus den Herren: v. Leyden, Orth, B. Fränkel, A. Baginsky und Nietner. Letzterer erteilt jede weitere Auskunft.

Im Ersten öffentlichen Kinderkrankeninstitute wurden im abgelaufenen Jahre 23.587 Kinder, und zwar in 14 verschiedenen Abteilungen, unentgeltlich behandelt. Impfungen wurden 4397 vorgenommen.

Im Maria Theresia-Frauen-Hospitale in Wien (Direktor Primarius Dr. Hermann v. Erlach) sind im Jahre 1907 799 Kranke in Behandlung gestanden, während das Ambulatorium von 4330 neu eingetretenen Frauen besucht worden war.

Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. Unter Mitwirkung von Fachgelehrten herausgegeben von Dr. O. v. Hovorka und Dr. A. Kronfeld. Mit einer Einleitung von Prof. Dr. M. Neuburger. Mit 28 Tafeln und etwa 500 Textabbildungen. 28 Lieferungen mit je 48 Seiten Text und 1 Tafel à 80 Pf.; Vorzugspreis bis 1. Mai 1908 à 75 Pf. Lieferung 1. Verlag von Strecker & Schröder in Stuttgart.

VII. Offene Stellen.

Stelle eines ordinierenden Arztes der chirurgischen Abteilung im allgemeinen öffentlichen Krankenhause zu Voitsberg (Steiermark) mit 1. Mai 1908 zu besetzen. Mit dieser Stelle ist ein Gehalt von jährlich K 1600 und ein in die seinerzeitige Pension nicht einrechenbares Quartiergeld von jährlich K 400 verbunden. Nach zweijähriger provisorischer und zufriedenstellender Verwendung erfolgt die bleibende Anstellung. Die provisorische Dienstzeit wird in die bleibende Dienstzeit gegen Nachzahlung der Pensionsfondsbeiträge zum Behufe der Pensionsbemessung eingerechnet. Weiters gebühren dem ordinierenden Arzte bei ununterbrochener Dienstleistung fünf Quinquennalzulagen à K 200. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit einem Kronenstempel versehenenGesuche, belegt mit dem Doktordiplom und den Nachweisungen über ihre Eignung sowie dem Tauf- und Heimatsscheine bis längstens 31. März d. J. beim steiermärkischen Landesausschusse, Graz, Landhaus, einzubringen.

Primararztesstelle. Im Status der Abteilungsvorstände der Wiener k. k. Krankenanstalten ist eine Primararztesstelle II. Klasse, zugleich Vorstandes einer Abteilung für Geschlechts- und Hautkranke in dem Range der VIII. und den Bezügen der IX. Rangsklasse, d. i. dem Gehalte jährlicher K 2800 mit vier Triennalzulagen zu je K 200 und der Aktivitätszulage jährlicher K 1200 zu besetzen. Bewerber um diese Stelle haben ihren vorschriftsmäßig gestempelten Gesuchen den Tauf- oder Geburtsschein, den Heimatsschein, das Diplom über die Erlangung des Doktorgrades der gesamten Heilkunde an einer österreichischen Universität, sowie die sonstigen Dienstesdokumente und Nachweise über ihre theoretische und praktische Vorbildung anzuschließen. Die Gesuche sind, wenn die Bewerber bereits im öffentlichen Dienste stehen, im Wege der vorgesetzten Dienstbehörde, sonst unter Anschluß eines amtsärztlichen Gesundheitszeugnisses sowie eines legalen Sittenzeugnisses unmittelbar bei der Einlaufstelle der k. k. n.-öst. Statthalterei (I., Herrengasse 11) bis spätestens 10. April 1908 einzubringen.

Wien, am 16. März 1908.

Von der k. k. nied.-öst. Statthalterei.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/₂, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 15. Wien, 11. April 1908. **Nr. 15.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Fermente der Leberzellen in ihrer Beziehung zur Pathologie.

Von **San.-Rat Dr. Scherk**, Bad Homburg.

Unter den mannigfachen Aufgaben, welche die Leber im normalen Stoffwechsel zu erfüllen hat, nimmt die Produktion der verschiedenen Enzyme, welche intermediär auf die Umwandlung der Nährstoffe einwirken, eine hervorragende Stelle ein. Sowohl die hydrolytischen Prozesse als auch die katalytischen Vorgänge treten uns im Leberzellenchemismus entgegen, aber auch Wasserentziehung, Entgiftung und Gallebereitung sind als wertvolle Funktionen der Leberzellen anzuerkennen.

Verfolgen wir nach dieser Richtung hin zunächst die Umprägung der Glykosen in Glykogen und der letzteren wieder in Maltose und Dextrose, so beweisen schon die chemischen Formeln, daß wir mit einem anhydrierenden und mit einem wasseraddierenden Prozeß zu rechnen haben.

$$C_6 H_{10} O_5 + H_2 O = C_6 H_{12} O_6$$
$$C_6 H_{12} O_6 - H_2 O = C_6 H_{10} O_5$$

Es ist demnach einleuchtend, daß wir bei der Aufstapelung des Glykogens in der Leber mit zwei Faktoren zu rechnen haben. Es wird sich bei der Ausschaltung des Glykogenlagers nicht nur um die eventuelle Nachfrage zu Verbrennungszwecken handeln, sondern wir müssen auch berücksichtigen, ob die Anhydrierung der Glykosen in normaler Weise verläuft. Unter pathologischen Verhältnissen werden wir beide Momente zu erwägen haben, wenn wir die ursächlichen Momente bestimmter Krankheitsformen ergründen wollen.

Bei einer funktionellen Insuffizienz der Leberzellen werden eventuell beide Prozesse minderwertig ausfallen, und bei einer fettigen Degeneration, wie dieselbe nach Vergiftungen von Arsenik, Phosphor oder Strychnin auftritt, wird der Glykogengehalt der Leberzellen deshalb herabgesetzt sein resp. gänzlich fehlen.

Auch die Dextrosurie, welche nach Strychninvergiftung beobachtet wird, ist mit diesen Momenten in Verbindung zu bringen. Wenn andererseits die Beobachtung verzeichnet ist, daß nach Kurarevergiftung, welche bekanntlich dem Strychnin gegenüber antagonistisch wirkt, ebenfalls Dextrosurie nachzuweisen ist, so ist dieser scheinbare Widerspruch darauf zurückzuführen, daß bei der Vergiftung von Kurare, welche jede Muskelbewegung aufhebt, ein Mangel an Sauerstoffzufuhr die Ursache der mangelhaften Glykoseoxydation darstellt; in analoger Weise wie wir bei fieberhaften Krankheiten im Gegensatze bei erhöhter Oxydation die menschliche Leber post mortem fast frei von Glykogen und Zucker finden.

Auch durch Unterbindung der Gallengänge kann man, wie v. Wittich experimentell nachgewiesen hat, durch Störung der normalen Stoffwechselvorgänge innerhalb der Leber Herabsetzung des Glykogengehaltes bewirken.

Es ist daraus ersichtlich, daß durch Verstopfung der Gallenwege durch Gallensteine nicht nur Ikterus, sondern auch andere pathologische Modifikationen im Leberzellenchemismus bewerkstelligt werden können.

Daß bei Störungen des Zellenchemismus in erster Linie die fermentativen Prozesse in Mitleidenschaft gezogen werden, geht schon aus der großen Empfindlichkeit derselben gegen chemische und physikalische Einflüsse hervor. Zeichnen sich doch namentlich die Leberzellen durch eine große Mannigfaltigkeit hydrolytischer Fermente aus, welche durch ihre spezifische Wirkung sich voneinander unterscheiden und an ganz bestimmte Normen in ihrer Aktivierung gebunden sind.

Die Umwandlung des als Reservematerial in den Leberzellen aufgestapelten Glykogen in Glykose unterliegt bekanntlich der hydrolytischen Einwirkung des diastatischen intrazellulären Leberzellenenzyms und wir müssen bei den ursächlichen Momenten der Zuckerkrankheit unbedingt diesen Faktor mit in Rechnung stellen, wenn wir uns den Symptomenkomplex deuten wollen, welcher vornehmlich durch die Dextrosurie der Diabetiker gekennzeichnet wird.

In treffender Weise führt Oppenheimer[1]) aus:

„Der Organismus geht mit dem ihm zur Verfügung gestellten Traubenzucker, der aus dem Darmkanal in die

[1]) Die Fermente und ihre biologische Bedeutung von Doktor Karl Oppenheimer, 1905.



Gewebe aufgenommen wird, sehr haushälterisch um, indem er nur den jeweils für die energetische Leistung des Körpers verlangten Anteil zu Kohlensäure und Wasser verbrennt, den Überschuß jedoch, dessen Menge sich aus dem Verhältnisse von dargebotener Quantität und notwendigem Verbrennen reguliert, kapitalisiert."

Es ist einleuchtend, daß bei diesen komplizierten Vorgängen, welche alle mit der Innervierung in engem Zusammenhange stehen, Störungen im Zellenhaushalte sich entwickeln und zu einer minderwertigen Enzymproduktion führen können, infolgedessen sich dann bestimmte Stoffwechselkrankheiten herausbilden.

In analoger Weise wie die Pathogenese der Zuckerkrankheit besteht ein Konnex zwischen der Ätiologie der Gicht mit dem Leberzellenchemismus. „Die Affektionen der Leber bei der Gicht — so führt Minkowski[2]) aus — haben zu allen Zeiten eine ganz hervorragende Beobachtung gefunden, weil man in den Funktionsstörungen dieses Organes vielfach die letzte Ursache der gichtischen Dyskrasie gesucht hat. Hier machte sich ganz besonders der Einfluß der hypothetisch-theoretischen Anschauungen geltend, angefangen von den dunklen Vorstellungen der alten Ärzte, die in der Leber das Zentralorgan der vegetativen Tätigkeit des Organismus erblickten, bis zu der klaren Auffassung von Murchison, Charkot u. a., welche die Rolle der Leber in der Pathogenese der Gicht damit zu begründen suchten, daß in ihr die Bildungsstätte der Harnsäure zu suchen sei."

Murchison bezeichnet direkt die gichtische Diathese als eine Folge des gestörten Leberzellenchemismus, Scudamore, Trousseau, Richardson, Charcot u. a. nehmen eine gichtische Hepatitis an.

Seitdem wir nun heutzutage wissen, daß unter normalen Verhältnissen der Abbau der Harnsäure in den Leberzellen bewerkstelligt wird, und daß die uratische Diathese auf einen gestörten Nukleinstoffwechsel zurückzuführen ist, werden wir nicht nur die Wirkung des nukleinspaltenden Pankreasenzyms, sondern auch des hydrolytischen Leberzellenfermentes als maßgebende Faktoren bei der Bildung einer schwer oxydablen Harnsäure, wie dieselbe bei Gichtkranken charakteristisch ist, zu berücksichtigen haben. Die Vorliebe dieses pathologischen Produktes schwer löslicher Salze als Sedimente zu bilden und die eigenartige chemische Affinität zu den alkalischen Substanzen des Knorpelgewebes kennzeichnen diese Harnsäure hinreichend als pathologisches Resultat des gestörten Nukleinstoffwechsels.

Die Analogie der verschiedenen Pankreasfermente, die Produktion eines amylolytischen, nukleinspaltenden und fettspaltenden Enzymes, mit den Leberzellenenzymen und den Fermenten der Hefezelle ist in verschiedenen Arbeiten genügend hervorgehoben, es liegt demnach auf der Hand, daß auch bei der Entwicklung der Fettsucht die zerstörte Enzymwirkung der Leberzellen mit in Rechnung zu stellen ist.

(Schluß folgt.)

[2]) Die Gicht, von Prof. Dr. Minkowski, 1903.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Österreichischer Ärztetag. — Der Wert eines Sanitätsministeriums. — Strafrecht und Geschlechtskrankheiten.

Am 28. März wurde unter dem Vorsitze des Verbandspräsidenten Dr. Janetschek im Saale der Ärztekammer der Tag der österreichischen Ärzteorganisationen eröffnet. J. konstatiert die fortschreitende Entwicklung der ärztlichen Organisationen; die Zahl der dem Verbande angehörenden Ärzte beträgt bereits über 5000. Die durch 30 Monate dauernde Resistenz der niederösterreichischen Ärzte endete mit der Schaffung eines Pensionsgesetzes für die Gemeindeärzte und deren Familien, sowie mit dem vom Statthalter im Landtage gegebenen Versprechen, für die schon lange gewünschte Dienstesinstruktion Sorge zu tragen. So hat diese Resistenz, die erste ihrer Art, gute Früchte getragen. In Vertretung des Dr. Fabbrovich, Cormons, erstattete Dr. Janetschek auch das Referat über die Bezahlung der Infektionsanzeigen, worauf im Sinne dieser Ausführungen die Forderung der Honorierung solcher Anzeigen als berechtigt anerkannt wurde.

Delegierter Dr. Adolf Gruß, Wien, referierte über die Errichtung eines Sanitätsministeriums oder einer Zentralstelle für das gesamte Sanitätswesen in Österreich. Er bezeichnete den Ruf nach einem Sanitätsministerium als ein reines Schlagwort. Die Juristen würden nach alter Gewohnheit das Ministerium zusammensetzen, hätten alle Exekutive in der Hand, und die Ärzte wären nach wie vor dem guten Willen und dem Verständnis der Juristen preisgegeben. Sind denn im Handelsministerium Kaufleute, im Ackerbauministerium Landwirte, im Eisenbahnministerium Ingenieure führend und maßgebend? Wie können Sie verlangen, daß in einem Sanitätsministerium plötzlich gegen alle Gewohnheit Ärzte maßgebend würden? Können Sie den Schaden ermessen, der dem Sanitätswesen von einem Sanitätsminister erwüchse, der vom politischen Getriebe an die Oberfläche getragen würde? Bedenken Sie, was der Sanitätsminister mit der Unterstützung einer politischen Partei in Österreich in 14 Tagen alles tun könnte. Die Ärztefeinde, die Naturheiler und Kurpfuscher würden triumphieren. Was sich als dringendes Bedürfnis jedem denkenden Menschen aufdrängt, ist die Zentralisierung des gesamten öffentlichen Sanitätswesens. Nach eingehender Erörterung der Organisation einer solchen Zentralstelle erklärte Dr. Gruß, daß der Oberste Sanitätsrat im Sinne der Institution des deutschen Reichs-Gesundheitsrates ausgebaut werden könnte, doch wäre Nachdruck darauf zu legen, daß auch Delegierte der Ärztekammer als Vertreter der praktischen Ärzte in den Reichsgesundheitsrat entsendet würden.

Wir können den Ausführungen des Referenten nicht beipflichten. Dr. Gruß fürchtet, daß auch in einem zukünftigen Sanitätsministerium die Juristen die Oberhand hätten. Das wäre jedenfalls keine Verschlechterung. Denn mehr als jetzt hätten sie sicher nicht zu befehlen. Wir Ärzte haben in dieser Beziehung nichts zu verlieren, nur zu gewinnen. Ferner sind wir — man mag uns Optimisten schelten — der Meinung, daß in einem Sanitätsministerium, selbst wenn man nach altösterreichischer Gepflogenheit den unrechten Mann an den rechten Platz setzte, die Ärzte mit Naturnotwendigkeit immer mehr an Geltung gewännen. Jedenfalls mehr würden sie gehört werden, als wenn ihre Angelegenheiten in einer Sektion des Ministeriums des Innern von einem Juristen und Landespräsidenten a. D. entschieden würden, wie heute. Ist diese Sektion vielleicht ein Wall gegen ärztefeindliche Bestrebungen, wie sie der Referent gerade von einem Sanitätsministerium befürchtet? Auch die Beispiele, die der Referent zur Bekräftigung seiner Ansicht heranzog, scheinen uns nicht glücklich gewählt; im Ackerbauministerium sind heute die Landwirte wirklich maßgebend, und zwar derart, daß der agrarische Standpunkt sich in einer allgemein bekannten Teuerung der notwendigsten Lebensmittel äußert; im Eisenbahnministerium und im Handelsministerium macht sich immer mehr der Einfluß der betreffenden Fachgruppen geltend; und wenn auch diese Gruppen noch nicht den wünschenswerten Einfluß ausüben können, so haben sie wenigstens den Punkt, wo sie den Hebel ansetzen können. Nur in einem Punkte stimmen wir mit Dr. Gruß überein, in der Verurteilung der Einflußnahme politischer Parteien auf die Angelegenheiten der Ärzte; wir freuen uns, daß Dr. Gruß diesen unseren Standpunkt teilt.

Wir sind etwas ausführlicher geworden, weil — von den angeführten Gegengründen abgesehen — es doch in der Öffentlichkeit einen eigentümlichen Eindruck machen muß, wenn wir Ärzte jahraus, jahrein ein Sanitätsministerium verlangen, und dann in dem Momente, als der Plan eine gewisse Aussicht auf Realisierung erlangt, plötzlich durch den Mund unseres Referenten, den Ruf nach einem Sanitätsministerium als Schlagwort hinstellen! Auf diese Weise werden wir unseren Forderungen keinen Respekt verschaffen.



Die Enquete zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wurde am 30. März geschlossen. In der Schlußsitzung sprach Dr. Frey über die strafrechtliche Verfolgung der Infizierung mit einer venerischen Krankheit. Fr. führte aus, daß nach dem geltenden Strafgesetze bloß für einen bestimmten Kreis von Personen, nämlich Prostituierte und für Ammen. Strafdrohungen wegen Gesundheitsgefährdung in dieser Richtung bestehen, im übrigen man aber auf die allgemeinen strafgesetzlichen Bestimmungen, betreffend die fahrlässige Körperverletzung angewiesen sei. Die moderne Strafrechtsliteratur trete aber allgemein für Spezialbestimmungen gegen Gesundheitsgefährdung durch Geschlechtskranke ein, um das öffentliche Gewissen zu wecken, und nahezu sämtliche neueren Entwürfe und Gesetze werden diesem Standpunkte gerecht.

Was die Frage der Erhöhung des Schutzalters betrifft, so weist F. darauf hin, daß die Enquete ergeben habe, daß gerade jugendliche Personen am meisten Infektionen ausgesetzt sind. Ein großer Teil der Theoretiker und Praktiker sei für Erhöhung des Schutzalters von 14 auf 16 Jahre, ein Teil der in der schriftlichen Expertise Vernommenen sei allerdings dagegen und meint, es käme mehr auf die Entwicklung als das Alter an und schon bei 14 Jahren sei manchmal die Strafbarkeit mangels subjektiven Tatbestandes ausgeschlossen. Der im heurigen Jahre dem Herrenhause vorgelegte Entwurf für Jugendliche erhöhe das Schutzalter bei geschlechtlich unbescholtenen Mädchen auf 16 Jahre. Bezüglich der Stellungnahme gegen die Prostitution verweist Ref. auf die unglückliche Fassung des § 5 des Vag.-Ges. Die Enquete habe die Änderungsbedürftigkeit desselben ergeben, insbesondere in der Richtung, daß die Prostitution nicht an sich strafbar sei, sondern nur insoweit die Prostituierte den Bestimmungen, betreffend die öffentliche Sittlichkeit und Gesundheit, zuwiderhandle. Er weist ferner darauf hin, daß der § 512 a. St.-G., betreffend die Kuppelei, nach der Meinung aller einvernommenen Fachmänner unhaltbar geworden sei und damit in Einklang gebracht werden müsse, daß tatsächlich die Prostitution und das Unterstandgeben an Prostituierte toleriert werde. Das geltende Recht sei bezüglich des Zuhältertums ganz unzulänglich und Theoretiker und Praktiker erklären, daß strenge strafrechtliche Bestimmungen wieder die Zuhälter analog dem deutschen Reichsstrafgesetze geschaffen werden müssen. Nach dem geltenden Gesetze ist es nicht möglich, den Zuhältern beizukommen, weil es ihnen in den meisten Fällen gelingt, einen Scheinerwerb nachzuweisen. Dr. Frey beleuchtet sohin die Ergebnisse der Enquete in bezug auf die Frage der Zwangsbehandlung Geschlechtskranker und bemerkt, daß die österreichischen Ärzte vielfach gegen die Normierung diesbezüglicher Bestimmungen sind, weil sie befürchten, daß dies zur Folge haben würde, daß die Kranken nicht den Arzt aufsuchen, vielmehr ihre Krankheit verbergen würden. Ebenso vorsichtig müsse die Frage der Anzeigepflicht der Ärzte bei Geschlechtskranken gefaßt werden. Viele Fachmänner sprechen sich für unbedingte Anzeigepflicht aus, andere lediglich für ein Anzeigerecht des Arztes, wenn die Mitteilung durch ein öffentliches oder privates Interesse (z. B. Eheschließung) gerechtfertigt ist.

Universitätsprofessor Dr. Löffler schilderte, wie die bisherige Strafgesetzgebung namentlich in Österreich sich der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten gegenüber als ganz unzureichend erwiesen habe und dem Problem mit einer recht unangebrachten Prüderie gegenüberstehe. Das Gesetz ist hier von einer Lüge beherrscht, indem es der offiziellen Moral (die Prostitution ist verboten und strafbar) eine inoffizielle gegenüberstellt. Diese Lüge muß nicht nur aus ethischen, sondern auch aus rein volkshygienischen Gründen beseitigt werden. Die polizeilichen Vorschriften über die Prostitution entbehren jeder gesetzlichen Grundlage, sind auf Schleichwegen eingeschmuggelt und von der Willkür der einzelnen Organe abhängig. Redner tritt für eine aufrichtige gesetzliche Regelung der Prostitution ein. Die Ansteckung solle unter den Strafrechtsbegriff der körperlichen Beschädigung fallen, und zwar könne es sich der Natur der Sache nach hiebei nur um eine wissentliche Gefährdung handeln. Die Ansteckung sei als schwere körperliche Beschädigung aufzufassen. Professor Löffler verlangt hier noch schärfere Strafandrohungen als selbst das norwegische Gesetz, welches bis zu drei Jahren Freiheitsstrafen geht.

Oberstaatsanwalt Dr. Högel hält die Reform der einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzes für dringend geboten. Spezialbestimmungen über die Ansteckung seien um so erforderlicher, als in der Bevölkerung die Anschauung herrscht, daß das Anstecken eines anderen Menschen nichts Strafbares bedeute. Hierauf schloß Prof. Finger die Enquete.

---

12. Blindenlehrerkongreß in Hamburg.

(Fortsetzung.)

In der Nachmittagssitzung sprach zuerst Schulinspektor Fischer, Braunschweig, über „Die Raumvorstellungen der Blinden“. Der Redner behandelte nachstehende Leitsätze:

1. Unter den Faktoren, welche das Seelenleben des Blinden eigenartig gestalten, stehen die Raumvorstellungen des Blinden an erster Stelle.

2. Das sinnliche Material zum Aufbau räumlicher Vorstellungen entnimmt der Blinde (Blindgeborene oder Früherblindete) den Qualitäts- und Intensitätsempfindungen seines einzigen Raumsinnes, des Tastsinnes, welche er in den Tast- oder haptischen Raum einordnet.

3. Die Theorien der Philosophen über das Raumproblem haben für den Tastraum die gleiche Bedeutung wie für den Sehraum.

4. Bei den Tastvorstellungen ist gegenüber den Qualitäts- und Intensitätsempfindungen das Hauptgewicht auf das räumliche Moment zu legen.

5. Der Blinde bedarf zur Grundlage seiner geistigen Entwicklung klarer Raumvorstellungen über Lage, Größe und Form der Dinge, für deren sichere Aneignung der gesamte Blindenunterricht auf allen Stufen durch zweckmäßige Übung und Betätigung der Tastorgane nach Möglichkeit Sorge zu tragen hat.

Vom Vorsitzenden wurde sodann das Resultat der Wahl der Mitglieder des ständigen Kongreßausschusses mitgeteilt, wonach gewählt wurden die Direktoren Fischer, Zech, Lembcke, Brandstetter, Matthies und Prof. Kunz.

Weiter hielt noch Prof. Kunz, Direktor der Blindenanstalt in Illzach, einen Vortrag über „Das Orientierungsvermögen und das sogenannte Ferngefühl der Blinden und Taubblinden“, zu dessen Erläuterung er verschiedene Experimente vorführte.

Bis vor wenigen Monaten, sagte er, herrschte allgemein die Ansicht, daß der „Ortssinn“, „Fernsinn“, „Warnsinn“, „Sens des obstacles“ usw. wesentlich auf taktilen und thermischen Hautreizen, d. h. auf übergroßer Empfindlichkeit der unbedeckten Teile der Kopfhaut für Luftdruck und kleine Temperaturdifferenzen beruhe, und daß die Blindheit (oder die Erblindung) als solche diese Empfindlichkeit erhöhe oder die Aufmerksamkeit auf solche Reize außerordentlich verschärfe. Man beging aber dabei meistens den Fehler, das Orientierungsvermögen mit dem eigentlichen Ferngefühle zu vermengen. — Wenn ein Blinder sich gut orientierte, ohne allzuoft anzustoßen, so schrieb man ihm ohne weiteres einen sehr entwickelten „Fernsinn“, „sechsten Sinn“ usw. zu, ohne daß man genau untersuchte, welchen Anteil an der Orientation dem Gedächtnis, welcher dem Gehör, dem Tastsinn der Füße, dem Geruche und dem Hautsinn (Temperatur- und Drucksinn) zugeschrieben werden müsse. Man kannte die Summe, nicht aber die Summanden. — Um einen derselben genauer zu bestimmen, müssen wir aber die anderen nach Möglichkeit ausschalten. Redner faßte seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

1. Das Ferngefühl ist nicht jedem Blinden eigen. Seine Tragweite ist bei denen, die es besitzen, sehr verschieden. Durch die Erblindung als solche wird es nicht hervorgerufen und von der Zeit der Erblindung hängt es nicht ab, wohl

aber, höchst wahrscheinlich, von den Erblindungsursachen. Es kann deshalb nicht anerzogen werden; wohl aber kann Übung die Aufmerksamkeit schärfen.

2. Das Ferngefühl ist mit dem Orientierungsvermögen nicht identisch. Wir dürfen es nur als Hilfsmittel des letzteren betrachten.

3. Ein besonderer (sechster) Sinn mit eigenem Sinnesorgane ist das Ferngefühl nicht. Es handelt sich nur um aufmerksamen Gebrauch der den Blinden und Taubblinden gebliebenen Sinnesorgane. Geruch und Geschmack kommen nicht in Betracht.

Es bleibt somit nur die Wahl zwischen dem Hautsinn (Gefühl und Getast der Gesichtshaut mit Einschluß des äußeren Ohres und des Nackens) und der Erregung der Gehörsorgane durch (unhörbare) „reflektierte Schallwellen“.

Da es reflektierte unhörbare Schallwellen nicht sein können, beruht das Ferngefühl nur auf taktilen und thermischen Reizen, also auf dem Hautsinn.

Darauf sprach Direktor Heller, Wien, über Qualifikationsnachweisungen an den Bildungsmitteln der Blindenschule. Die Beschränkung, die durch den Mangel des Gesichtssinnes bedingt ist, kann zur Meisterschaft in der Ausgestaltung des Bildungsstoffes führen, wenn der Elementarunterricht nicht allein als die Darbietung der einfachsten und notwendigsten Bildungsmittel, sondern als die Einübung jener Elementarfunktionen aufgefaßt wird, die die Umwandlung äußerer Erwerbungen in innere bewirken. Dazu sind die Qualifikationsnachweisungen an den Bildungsmitteln der Blindenschule eine Notwendigkeit. Diese Nachweisungen dürfen sich nicht auf die Anwendbarkeit allein beschränken, sie müssen bis zum psychischen Mittelpunkt pädagogischer Tätigkeit vordringen, und da für letztere der Lebenserfolg der eigentliche Wertmesser ist, müssen die Bildungsstoffe aus dem Leben, daher aus der Erfahrung, der Untersuchung, der Beobachtung, nicht bloß aus rasch wechselnden Anschauungen allein gewonnen werden. Diese Erwerbungen bilden, da sie hauptsächlich aus der Natur und der dieser nachstrebenden Kunst und Technik hervorgehen, die Gestaltwirkung, zuhöchst die ästhetische Gestaltwirkung aus, deren Nachweisungen für die Leistungsfähigkeit des Tastsinnes von großer Wichtigkeit sind. Der Vortragende legt dar, wie diese Gestaltwirkung gleich der musikalischen auf mathematischen Gesetzen begründet ist, und wie sie, in ein System gebracht, eine neue Ära der Blindenbildung begründen könnte, daß in ihr ein Bildungsmittel erstünde, das der Musik nicht allein adäquat wäre, sondern diese in ihrer Bedeutung überböte, da die Musik auf Gemüt und Phantasie, die Gestaltwirkung aber auf die verstandesmäßige Erfassung entscheidenden Einfluß ausübt. Eine fernere Nachweisung ist die der Assimilation der Bildungsstoffe, wodurch das höchste Ziel der Blindenbildung, die der Einheit, erreicht wird. Von größter Wichtigkeit ist die Nachweisung der den Denkprozeß begleitenden Gefühle der Übereinstimmung und des Widerspruches, aus denen sich die der Wahrheit und Unwahrheit erheben, zwischen denen die Unentschiedenheit den Zweifel stellt. Diesem ist der Blinde besonders im Jünglingsalter unterworfen, da die vorherrschende Phantasie Illusionen schafft, die einseitiges Interesse an dem Unwahrscheinlichen hervorrufen und die Überzeugung des Blinden nachteilig zu beeinflussen vermögen. Daraus erwachsen der Blindenschule, die vor allem das Glück ihrer Zöglinge zu begründen hat, die wichtigsten Verpflichtungen. Der Redner stellte schließlich folgende Leitsätze auf:

In der Blindenschule ist für die Auswahl und die Behandlung der Bildungsmittel nicht nur die durch den Zustand der Blindheit gebotene Beschränkung und Umwertung, sondern auch die Wechselwirkung zwischen dem Zweck der Bildungsmittel und den durch dieselben erzeugten psychischen Vorgängen maßgebend.

Die Wirkung der Bildungsmittel soll nicht vornehmlich an der Summe der Erwerbungen schlechthin, an ihrer Anwendbarkeit und an den gewandten Referaten des Schülers, sondern an der Hebung geistiger Selbständigkeit und Produktivität abgemessen werden.

Eine wesentliche Qualität dieser Bildungsmittel sei auch darin zu erblicken, daß die durch sie herbeigeführten Neuerwerbungen sich mit dem bisherigen Besitzstande auf allen Gebieten organisch zu einem festgefügten Ganzen vereinigen lassen.

Eine periodisch wiederkehrende Revision der Bildungsmittel ist notwendig; sie soll bei sachlich begründeter Rücksichtnahme auf die Tradition im Hinblicke auf den jeweiligen Stand der Blindenpädagogik geschehen und die von der Zweckmäßigkeit bedingte Originalität und Vereinfachung anstreben.

(Schluß folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Über Kost und Küche im Krankenhaus sprach der Berliner Spezialarzt Dr. Wilhelm Sternberg.

„Hunger ist der beste Koch“, sagt ein altes Wahrwort. Allein bei allen Krankheiten verschwindet seltsamerweise dieses verzehrende Schmerzgefühl des Hungers, dessen wohltätige Bedeutung für den Haushalt unseres Lebens wir erst im Krankheitsfalle schätzen lernen. Neben diesem Unlustgefühl hat die Natur, getreu ihrem Prinzip „Doppelt hält besser“, noch eine zweite Empfindung den Lebewesen zur Erhaltung des Individuums verliehen. Das ist das Lustgefühl des Appetites. Merkwürdigerweise bringt jede Krankheit ausnahmslos auch diese Empfindung zum Schwinden, dermaßen, daß Appetitlosigkeit meist das erste, oft sogar das einzige Krankheitszeichen, das Wiedererwachen des Appetites stets das sicherste Zeichen der beginnenden Genesung ist.

Ohnehin ist nun aber nichts so launisch wie der Appetit, die Eßlust ebenso kapriziös und so unberechenbar wie die Liebeslust. Noch seltsamer werden die Appetitsstimmungen und Verstimmungen in der Krankheit, und um so schwieriger die Aufgaben der Küche. Dabei will auch schon in gesunden Tagen jeder, der Ärmste ebenso wie der Reichste, einen Genuß vom Essen haben, das Essen soll und muß jedem ein Fest sein, wie auch ein Fest ohne Essen kaum denkbar ist.

Der Geschmack im weitesten Sinne des Wortes ist die dritte Sinnesempfindung, die das Essen begleitet. Auch der Kranke will ebenso, wenn er die Nahrung zu sich nehmen soll, „auf den Geschmack kommen“, er will „Geschmack am Essen finden“. Die Krankheit hebt nämlich die sinnliche Empfindung nicht etwa auf, sie macht nicht sinnlos oder stumpfsinnig, sondern im Gegenteil scharfsinnig, die Krankheit steigert seltsamerweise unsere Empfindlichkeit, ganz besonders aber die des Geschmackes. Die Sinnesempfindlichkeit des Geschmackes wird durch die Krankheit in demselben Maße gesteigert, wie der Appetit und das Hungergefühl herabgesetzt oder aufgehoben werden.

Aus dreifachen Gründen wachsen also die Schwierigkeiten für die Aufgaben der Krankenküche im Vergleich zur bürgerlichen Küche. Schon längst hätte also der Arzt die Verpflichtung gehabt, sich mit dem technischen Fachmann, dem Küchenmeister, zu verbinden. Fehlt es aber selbst für die häusliche Beköstigung noch an einer rationellen wissenschaftlichen Krankenküche, so tritt ihr Mangel noch mehr im Krankenhaus zutage, wo die Individualisierung noch schwieriger ist. Es ist daher endlich an der Zeit, daß der Fachmann der Heilkunst und ebenso der Fachmann der Baukunst den technischen Fachmann der Kochkunst zu Rate ziehen, und es empfiehlt sich, für den Betrieb der Krankenküche im Krankenhaus als vorbildlich und mustergültig den Massenbetrieb im Gasthaus, im Hotel anzusehen. Nennt doch die französische Sprache das Krankenhaus „Hotel-Dieu“. Sämtliche Sprachen bezeichnen die Küche auch mit dem Teil, in dem die Kost zubereitet, oder mit dem, an dem das Essen aufgetischt wird, also mit „Tisch“ oder mit „Herd“. Dabei



ist der Tafel der Vorzug zu geben, wenn man „tischfertige“ oder „tafelfähige“ Lebensmittel besonders auszeichnen will, z. B. Tischbutter, Tafelobst usw.

Tatsächlich darf man sich auch nicht wie bisher mit der gelegentlichen Besichtigung der Krankenküche im Krankenhause begnügen, sondern muß regelmäßig am Tische der Kranken die Kost durchkosten. Um ein objektives Urteil zu gewinnen, habe ich in den Küchen der verschiedenen Krankenhäuser vom Morgen bis zum Abend die Zubereitung der Kost besichtigt, die Krankenspeisen frisch vom Herd gegessen und alsdann die Krankendiät in den einzelnen Stationen der verschiedenen Krankenhäuser zugleich mit den Kranken mitgenossen.

Für meine vergleichenden Untersuchungen habe ich mich aber nicht mit Versuchen in der Küche der Krankenhäuser begnügt, sondern auch die Küchen in den größeren Restaurants einer gründlichen wissenschaftlichen Beobachtung unterzogen. Mit dem Personal habe ich die Mahlzeit Wochen hindurch in dem ihm zugewiesenen Raum, möglichst entfernt von der Küche, vier Treppen hoch mitgegessen. Dabei kam ich zu ganz überraschenden Ergebnissen. Das Rohmaterial ist in sämtlichen Krankenanstalten ausnahmslos ein vorzügliches, das Essen schon in frischem Zustande kein sehr gutes, aber in dem Zustande, wie die Mahlzeit den Kranken vor den Mund gebracht wird, zumeist unschmackhaft, wenig appetitlich und oft auch kalt. Der Fachmann hat es längst als das allererste Prinzip einer guten Küche erkannt, das Essen frisch sofort aufzutischen, wenn es tischfertig ist.

Im Krankenhausbau hat man beim Übergang von der Zentralisation (Korridorsystem) zur Dezentralisation (Pavillonsystem) einzig und allein für das Kochhaus das alte System beibehalten. Dabei ist aber das Kochhaus noch nicht einmal im Zentrum des Geländes oder der Pavillons vom Krankenhaus gelegen, sondern meist weit entfernt von den Pavillons an der Umgrenzungsmauer. Schon daraus ergeben sich außerordentlich viel Mißstände. Das neue Rudolf Virchow-Krankenhaus könnte täglich zweitausend Kranke beköstigen. Die Mitesser, die gesund sind und aus der Kochküche täglich gespeist werden, sind oftmals fast ebenso zahlreich wie die Kranken in einem großen Krankenhaus. Da ist es denn natürlich, daß die Speisen bei der Lage der Küche nicht frisch und schmackhaft auf den Tisch gelangen. Tatsächlich erhalten die Kranken auch stets nur aufgewärmtes Essen, und zwar mehrfach aufgewärmtes Essen. Auf den einzelnen Stationen wird nämlich in den sogenannten „Wärmeküchen“ das Essen aufgewärmt, ein Verfahren, das der Küchenmeister mit Recht als einen Kunstfehler verurteilt. Ganz unverantwortlich ist es aber, daß auch die Krankenwärter in den meisten Krankenanstalten nach der Nachtwache nur aufgewärmtes Essen von einem oder gar zwei Tagen zuvor erhalten. Die vielen Mißstände sind damit zu erklären, daß die Anzahl des Küchenpersonals eine viel zu geringe, die Ausbildung aber eine durchaus unzureichende und unfachmännische ist. Hat man doch in den modernsten uud komfortabelsten Krankenhäusern noch nicht eine einzige fachkundig ausgebildete Person, ja nicht einmal eine einzige wirklich fachmännische Köchin.

Im gewerblichen Betriebe hat man dagegen ausschließlich fachmännisch ausgebildetes männliches Personal, jeder in der sogenanten „Brigade“ hat seinen Platz, jeder hat da nur seine vorgeschriebene Spezialaufgabe zu vollführen. Denn mit Recht sagen alle Sprachen: „Viele Köche versalzen den Brei“. Man hat sich daher in Deutschland schon entschlossen, dem Beispiel von Frankreich zu folgen, wo in fast allen Krankenhäusern mehrere Meister der Kochkunst die Krankenküche leiten. In Frankfurt a. M., in Hamburg ist je ein gelernter Koch in der Krankenküche seit kurzem angestellt worden, im Bürgerhospital in Straßburg ist jüngst eine ganze Brigade von sechs gelernten Köchen mit der Leitung der Krankenküche betraut.

Da die Mißstände allgemeiner und prinzipieller Art sind, so sind sie nur durch prinzipielle Gegenmittel zu beseitigen. In sämtlichen Anstalten müßten die weiblichen fachunkundigen Leitungen der Krankenküche durch männliche, gut ausgebildete Meister der Küche ersetzt werden. Überdies müßte eine Lehr- und Lernanstalt für die Krankenküche geschaffen werden, um den Studenten, den Medizinalpraktikanten und den Ärzten, aber auch dem Pflegepersonal und den Frauen die theoretischen und praktischen Kenntnisse zu übermitteln.

Denn ein sehr wichtiges, allernötigstes und allgemeinstes Heilinstrument sind die Kost und die Küche.

In dem großen Sitzungssaale des Reichstages erteilt der Präsident, Prinz Schönaich-Carolath, das Wort an Prof. Chantemesse, Paris, zu einem Vortrag: „Über die Serotherapie beim Typhus.“

Es handelt sich um eine Behandlungsweise des Typhus mit Blutheilserum, ähnlich wie bei der Diphtherie. Der Vortragende gab zunächst einige statistische Zahlen über die Typhusfälle, die in den Pariser Spitälern in den Jahren 1901 bis 1907 behandelt wurden. Es waren 5621 mit 960, gleich 17 % Todesfällen. In derselben Zeit betrug die Sterblichkeit in dem von dem Vortragenden geleiteten Typhushospital bei 1000 Typhusfällen nur, 4·3 %. Chantemesse hat die gleiche, allgemein übliche Typhusbehandlung mit kühlen Bädern 24 bis 30 Grad Celsius, aber er fügt dieser Behandlung noch die aus Antityphusserum bei, und er halte sich infolge der bei ihm beobachteten geringen Sterblichkeit für berechtigt, diese der günstigen Wirkung des Serums zuschreiben zu dürfen. Nach einigen Bemerkungen über den Wert der Statistik bei Tyhpus, resp. über die Notwendigkeit, nur mit großen Zahlen in größeren Zeiträumen zu operieren, da die Sterblichkeit bei Typhusepidemien sehr schwankt, von 50 % bis 3 %, gibt Chantemesse eine Übersicht über die Zahl der Fälle an den einzelnen Hospitälern in Paris, und er betont, daß eigentlich nur Hospitalerkrankungsfälle zur statistischen Verwertung gelangen dürfen, da meist in diesen allein eine sichere Diagnose auf Typhus, die oft sehr schwierig ist, gestellt werden kann. Kein Hospital in Paris hatte in den Jahren 1901 bis 1907 eine geringere Sterblichkeit an Typhus als 12 %, manche bis zu 22 %. Aber nicht nur in Paris allein, auch in anderen Städten Frankreichs war sie gleich hoch. Demgegenüber ist die Sterblichkeit von 4·3 % bei mit Serum behandelten Typhuskranken niedrig zu nennen. Die gleichen guten Resultate wurden bei Kindern mit der Serumbehandlung gemacht und im Militärhospital Val de Grace, wo unter der Serumbehandlung die Sterblichkeit von 10·6 % auf 5 % zurückgegangen ist.

Nach diesen Angaben schildert Chantemesse eingehend die Wirkungen des Typhusserums auf den Patienten. Zunächst die Beeinflussung der Temperatur. Die Temperatur steigt nach der Injektion des Serums noch etwas an, und dieses erste Stadium, das der Reaktion, kann einige Stunden bis fünf Tage dauern. Dann fällt das Fieber brüsk ab und die Entfieberung stellt sich mehr oder weniger rasch ein. Einhergehend mit dem Temperaturabfall in dem zweiten Stadium der Serumwirkung beginnt sich das Allgemeinbefinden zu bessern, der Appetit hob sich und die Blässe des Gesichtes, die gerade für Typhus charakteristisch ist, weicht einer Röte. Die Wirkung des Serums ist eine um so intensivere, je früher es angewandt wird, und Chantemesse hat in den letzten sechs Jahren keinen Patienten an Typhus mehr verloren, der innerhalb der ersten 7 Tage seiner Erkrankung Serum erhalten hat. Eine weitere Wirkung des Serums besteht in einer kräftigen Steigerung des Blutdruckes, die anhält und den Gebrauch von Herzmitteln nur in seltensten Fällen notwendig erscheinen läßt. Die Urinmenge steigt und etwaiges Eiweiß verschwindet aus dem Urin. Die wichtigsten Veränderungen nach der Seruminjektion zeigen sich aber im Blutapparat und den blutbildenden Organen. In den Tagen, die der Injektion folgen, steigt die Zahl der weißen Blutkörperchen um ein Viertel bis ein Drittel. Die neutrophilen Knochenmarkszellen, deren anormale Anwesenheit im Blute beim Typhus konstant ist, verschwinden und das Blutbild kehrt zur Norm

zurück. Das Blut wird geeigneter, die eingedrungenen Typhusbazillen zu zerstören, und daran liegt nach der Ansicht des Redners der wesentliche Charakter der Serumwirkung bei den Kranken. Nach neueren Anschauungen bilden sich im Blut resp. Blutserum Stoffe, sogenannte Opsonine, die imstande sind, Bazillen, die in den Körper eingedrungen sind, zur Abtötung zu bringen. Man kann die Fähigkeit eines Blutserums, dies zu tun, messen und nennt den erhaltenen Wert, den opsonischen Index. Nach der Seruminjektion steigt dieser opsonische Index sofort an und erreicht am vierten Tage seinen Höhepunkt, um dann wieder zurückzugehen. Bei sehr schweren Fällen steigt er zunächst leicht an, sonst erst nach drei bis vier Tagen, dann aber in brüsker Weise als Zeichen, daß der Körper des Schwerkranken sich zunächst mäßig, dann aber sehr kräftig verteidigt. Chantemesse bespricht dann noch sein bekanntes Typhus-Diagnostikum. Ähnlich, wie bei Tuberkulose durch Einbringung einiger Tropfen Tuberkulin in die Augenbindehaut eine diagnostische Reaktion hervorgerufen wird, gelingt es auch mit einem besonders hergestellten Typhusgeist, eine Reaktion der Augenbindehaut zu erzeugen, die in einer Rötung derselben besteht, die nach zehn Stunden ungefähr ihr Maximum erreicht, 3—4, ja 6 Tage anhält und dann wieder verschwindet. Diese diagnostische Reaktion tritt oft früher auf als andere diagnostisch wichtige Erscheinungen und ist natürlich für die dann sofort einsetzende Behandlung sehr wichtig. Bei nicht an Typhus Erkrankten wird sie stets vermißt. (Forts. folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über die Verhütung der Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Carle. Lyon Médical. XXX. J. Bd. CX. Nr. 6.

Carle hat zwei Fälle von Syphilis bei Patienten beobachtet, die sich unmittelbar nach dem Koitus die Metschnikoffsche Kalomelsalbe in sorgfältigster Weise eingerieben hatten und warnt vor der großen Zuversicht, die von vielen Seiten dem genannten Prophylaktikum entgegengebracht wird. Das beste Mittel zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten sei noch immer das Kondom, eventuell Auftragung von Salbe auf das Genitale vor dem Koitus, dann nach dem Koitus Waschen mit Seife und warmem Wasser.

*

Die Grenzen der Leistungsfähigkeit des radiographischen Konkrementnachweises. Von Dr. Viktor Blum.

Blum bespricht an der Hand von Beispielen die fehlerhaften Röntgenbefunde und ihre Ursachen. Die radiographischen Fehldiagnosen lassen sich nach Blum in folgende zwei Gruppen einteilen: 1. Negative Röntgenbefunde bei positivem Operationsergebnisse, und 2. positive Röntgenbefunde bei negativem Operationsresultate. Verfasser kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Grundbedingung für die Verwertbarkeit positiver oder negativer Resultate ist eine tadellose Technik (Instrumentarium, Lagerung des Kranken, Plattenbehandlung).

2. Der positive Nachweis von Schattenbildern im Nierenfelde gewinnt erst dann beweisende Kraft, wenn unter Zugrundelegung aller unserer technischen Hilfsmittel (Kombination von Radiographie mit Ureterenkatheterismus, Stereoradiographie, Wiederholung der Aufnahmen bei entleertem Darme, Luftaufblähung der Blase) jeder Zweifel über die wahre Natur des als Steinschatten gedeuteten Fleckes ausgeschlossen werden darf.

3. Der negative Ausfall der Nieren- oder Blasendiagraphie ist nicht unbedingt beweisend für das Nichtvorhandensein eines Konkrementes. Steine aus reiner Harnsäure oder in Hydro- und Pyonephrosen gelagerte Steine können dem radiographischen Nachweise entgehen.

4. Bei einseitigen Nierensteinsymptomen genügt es nicht, diese Niere allein zu röntgenisieren, es können sämtliche auf eine Niere bezogenen Symptome von Nephrolithiasis durch einen im anderen Nierenbecken gelagerten Stein veranlaßt sein (nenorenaler Reflex).

5. Die Indikation zur Nephrolithotomie darf bei kleineren Nierenkonkrementen nur aus Radiogrammen gestellt werden, die unmittelbar vor der Operation angefertigt worden sind. („Wr. kl. Woch." Nr. 47, 1907.)

*

Hyperämie in der Therapie innerer Krankheiten. Von Alfr. Lewandowski.

Autor faßte in seinem Vortrage am II. Internationalen Kongresse für physikalische Therapie in Rom seine Ausführungen in folgenden Leitsätzen zusammen: 1. Die Hyperämie als Heilprinzip erstreckt sich nicht nur auf die äußeren und entzündlichen Erkrankungen, bei denen sie bisher vorzugsweise zur Anwendung gelangt ist, sondern in gleicher Weise auch auf eine große Reihe von sogenannten inneren Krankheiten. 2. An der Unterscheidung zwischen aktiver (arterieller) Hyperämie und passiver (venöser Hyperämie) ist zweckmäßig festzuhalten, wenn auch die Trennung sich häufig nicht scharf durchführen läßt und beide Arten oft zugleich wirksam sind. Es empfiehlt sich für bestimmte Fälle den Begriff der akuten Hyperämie einzuführen. 3. Für die inneren Erkrankungen empfiehlt sich mehr die aktive (akute) Hyperämie, in Ausnahmefällen auch die passive Hyperämie. 4. Die heiße Luft stellt wohl zurzeit das beste Mittel zur Erzielung aktiver Hyperämie dar, doch ist das heiße Wasser ein ebenso bequemes und handliches Mittel, und zwar in Form von lokalen, heißen Bädern (Fuß-, Arm-, Sitz-, Stirn-, Kopf- usw.). Die Bäder sind nach Temperatur und Dauer genau dosierbar und dem Bedürfnisse des Einzelnen anzupassen. 5. Die dabei oft eintretende Schweißabsonderung stellt einen erwünschten Teil der Heilwirkung dar. 6. Diese heißen Wasserapplikationen entfalten dieselben Wirkungen wie die durch heiße Luft erzielte Hyperämie, nämlich eine örtliche schmerzstillende, bakterienabschwächende, resorbierende, auflösende und ernährende Wirkung. Außerdem stellen sie aber ein Mittel ersten Ranges dar, um auf die allgemeinen Zirkulationsverhältnisse einzuwirken und sind daher als ein wichtiges Glied der Allgemeinbehandlung zu bewerten. 7. Aus der großen Zahl krankhafter Zustände, bei denen Hyperämie indiziert ist, seien hervorgehoben: Erkrankungen des Herzens, der Lungen, der Haut, der Verdauung, der vasomotorischen und trophischen Nerven und des Stoffwechsels (Blutarmut, Fettsucht, Gicht und Diabetes). (Berl. klin. Woch. Nr. 10, 1907.)

*

Chirurgische Syphilis. Von F. Karewski. (Forts.)

Derartige Überreste früherer örtlicher Leiden setzen uns häufig auch ausschließlich instand, bei hereditär Syphilitischen oder denen, die in allerfrühester Jugend der Ansteckung zum Opfer fielen, den Hergang zu enthüllen, den sie so gut wie gar nicht selbst bekunden können. So soll nach Perforation des Septum narii, strahligen Narben im Pharynx, Leukom der Kornea, Hyperostosen der Tibien, nach allgemeinen Entwicklungsstörungen und anderen Defekten geforscht werden. Die Lebensgeschichte der Eltern hat einigen Wert, sofern es möglich ist, sie zu eruieren, aber nur sehr geringen, denn alles, was vordem über persönliche Angaben gesagt wurde, trifft hier natürlich doppelt und dreifach zu.

Schlagen alle derartigen Bemühungen fehl, so bleibt als weiteres Auskunftsmittel, wenigstens für einige Vorkommnisse, die mikroskopische Untersuchung kleiner, durch Probeexzision gewonnener Teile des Afterproduktes.

Viel größere, wenn auch nicht volle Sicherheit, gewährt die Wassermann'sche Serodiagnostik bei Syphilis.

Die Untersuchungen K. im Vereine mit Mühsam bewiesen, daß bei der Syphilis verdächtigen Produkten der negative Ausfall der Probe zum mindesten diesen Verdacht äußerst zweifelhaft macht, während der positive Ausfall schneller und sicherer als alle anderen Untersuchungsarten anzeigt, ob der betreffende Patient an Syphilis leidet oder solche überstanden hat, daß aber die Anwendung des schwierigen, bis dato nur in gut geleiteten Spezialinstituten ausführbaren Verfahrens sich immer dann erübrigt, wenn andere Merkmale für die Feststellung luetischer Infektion vorhanden



sind. Denn die Wassermannsche Reaktion, die auch bei solchen Leuten auftritt, welche zwar früher erkrankt waren, zurzeit aber keine klinisch nachweislichen Zeichen der Ansteckung in sich tragen, läßt aus diesem Grunde auf die Beschaffenheit des örtlichen Herdes keinen Schluß zu.

Erst der positive Ausfall der Komplementbindungsuntersuchung darf nach unserer Überzeugung heutzutage die Ordination eines antisyphilitischen Regimes veranlassen, sofern nicht andere der näher bezeichneten Zeichen auch bei negativ ausgefallener Blutuntersuchung sie rechtfertigen.

Alles in allem geht aus dem bisher Gesagten zur Genüge hervor, daß die Schwierigkeiten der Diagnose nicht unüberwindliche sind. Sie werden noch verringert durch den Umstand, daß die überwiegende Mehrzahl der in Frage kommenden Affektionen doch ziemlich charakteristische Eigentümlichkeiten an sich tragen.

Beginnen wir mit geschwürigen Prozessen der äußeren Bedeckungen, so ist das so häufige, gerade die poliklinische Tätigkeit so stark in Anspruch nehmende Fußgeschwür, die Crux medicorum, eine der ersten und der wichtigsten Repräsentanten dieser Gruppe.

Das Geschwür pflegt, selbst wenn es nur klein ist, einen eigentümlich speckigen, tiefen Grund zu haben, seine lividen unterminierten Ränder weisen auf eine Entstehung durch Aufbruch aus der Tiefe hervor. Diesen Charakter behält es auch dann noch, wenn antiseptische Maßnahmen, die bei den anderen Formen eine schnelle Reinigung der Wunden herbeiführen, mit Sorgfalt benutzt werden. So kann die Kritik des Verlaufes zur Diagnose führen. Diese wird aber in zahlreichen Fällen aus der Multiplizität und der Anordnung der einzelnen Defekte von vornherein offenkundig sein. Mehrfache rundliche Substanzverluste, die durch gesunde Haut voneinander getrennt sind, sprechen für Lues, sie machen sie noch wahrscheinlicher, wenn sie nicht an der Vorderseite, sondern hauptsächlich an der Rückseite des Unterschenkels sitzen. Ausschließliche Gruppierung auf der Wade kann man fast als pathognomisch für Lues ansehen. Die großen, den halben oder gar den ganzen Umfang der Extremität einnehmenden Geschwüre spezifischen Ursprunges verdanken ihre Entwicklung der Konfluenz ursprünglich geschiedener Zerfallsherde. Kleine Inseln von Epidermis mitten in der jauchenden Zone beweisen diesen Beginn und geben den Fingerzeig für die richtige Therapie. Ihre Verifizierung ist um so wirkungsvoller, als bei gleichzeitiger sachgemäßer örtlicher Versorgung jene Hautresiduen die Vernarbung in stupender Weise begünstigen. sie sind sicherer und dauerhafter in ihrem Effekt, als die bestgelungene Transplantation. Darreichung von Jodkali und Verbände mit Sublimat oder Kalomel je nach der Lage der Dinge, die feuchte oder trockene Wundbedeckung anempfiehlt, haben viele Leute von jahrelangem Leiden in wenigen Wochen befreit, so manchem, dem die Ablatio als letztes Auskunftsmittel geraten war, ein brauchbares Bein erhalten.

Können nun auch beim Ulcus cruris differentiell-diagnostische Schwierigkeiten bestehen bleiben, ja kann gelegentlich wohl die Tatsache der scheinbaren Unheilbarkeit den Versuch mit antiluetischen Maßnahmen diktieren, so fallen die Zweifel völlig fort bei zahlreichen hartnäckigen, an anderen Stellen der Glieder oder des Rumpfes sich etablierenden Geschwürsbildungen. Ihre Pertinazität und ihre Lokalisation bilden an sich charakteristische ätiologische Merkmale. Auf der Kniescheibe oder in deren Umgebung befindliche, am Oberschenkel, am Rücken oder Bauch in der Gegend des Taillenschlusses sich etablierende, die Schultergegend einnehmende, lange Zeit bestehende, in die Tiefe greifende Hauteiterungen sind ein für allemal der Syphilis dringend verdächtig. Meist wird angegeben. daß ein Blutgeschwür der Ausgangspunkt gewesen sei, oder daß eine heftige Reibung der Kleider, das Tragen schwerer Lasten, irgend ein stumpfes Trauma die Szene eingeleitet habe. Handelt es sich bei der Beschuldigung eines Furunkels fast immer um eine Verwechslung mit einem aufgeprochenen Gummi, so ist die Behauptung, daß wiederholte oder energische Hautreize vorangegangen seien, gewiß oft zutreffend. Wissen wir doch, daß Produkte tertiärer Lues mit Vorliebe dort entstehen, wo andere Noxen den Ort vorbereitet haben. Im übrigen finden wir nicht selten in der nieren- oder languettenförmigen Gestalt, in der Tendenz zur Bildung pigmentierter oder umgekehrt gänzlich farbloser Narben bei gleichzeitigem Fortbestehen des zerstörenden Prozesses unverkennbare Unterstützungmittel für die korrekte Beurteilung. Ausschließlich das Integument und das subkutane Fett betreffende benigne Suppurationen könnten wohl ausnahmsweise analoge Gestalt, aber kaum je gleichartigen Verlauf nehmen, tuberkulöse sind bei Erwachsenen äußerst rar und dann anderweitig charakterisiert, bei Kindern, als Endausgang von Skrophulodermen entstanden, genügend als das Resultat einer kleinen Abszeßbildung gekennzeichnet. Aktinomykotische fördern ihre Erreger schon makroskopisch sichtbar zutage. Weit verbreitete, serpiginös wuchernde und im Zentrum erweichende Hautkankroide, wie ich sie wiederholt am Rücken, auf der Schulter und auf der Stirn zu sehen bekam, verraten sich durch harte Knötchen direkt in der Umgebung des Geschwürs und sind ohne weiteres mikroskopisch festzustellen.

(Forts. folgt.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 27. Februar 1908.

Max Rubner, Berlin, als Gast: Das Problem des Wachstums und der Lebensdauer. Der gebildete Arzt hat von jeher Wert darauf gelegt, daß er nicht nur seinem engeren Heilberufe dient, sondern er sucht in Fühlung mit der Wissenschaft zu bleiben und aus den Alltagserscheinungen menschlichen Geschehens Nahrung zur geistigen Vertiefung in die Probleme des Lebens zu gießen. Das Wachstum der Kinder nach Größe und Massenzunahme ist eine der wichtigsten Beobachtungsgrundlagen für den Kinderarzt; es ist durch vererbte Eigentümlichkeiten der Zellteilungsgeschwindigkeit bedingt, die wie jede biologische Eigentümlichkeit natürlichen Variationen unterworfen ist. Die Ernährungsphysiologie des Säuglings trat in eine neue Phase, als man in der Ernährungslehre überhaupt durch die Auffindung des Isodynamiegesetzes zu dem Begriffe des Gesamtkraftwechsels als einer neuen Unterlage des Nahrungsumsatzes gekommen war; noch wichtiger waren die Entdeckung des Oberflächengesetzes und der Beweis seiner Gültigkeit für die jugendlichen Organismen, da es die einzelnen Entwicklungsperioden der Spezies selbst zu vergleichen gestattet.

Die künstliche Nahrung des Säuglings muß stets die natürliche Ernährung zum Vorbilde nehmen. Die Vergrößerung einer Eiweißzufuhr über die vorbildliche Brusternährung hinaus führt zu unnötiger Eiweißverbrennung. Der Prozentgehalt der Milch an den einzelnen Nährstoffen ist von besonderer Bedeutung. Die Kohlehydrate sollen weder vermindert noch die Fettmenge vermehrt werden; denn erstere haben die wichtige Funktion, das „Eiweißminimum" des Stoffverbrauches herzustellen. Von dem Nahrungsüberschusse wird Eiweiß und Fett angesetzt, das überschüssig zugeführte Kohlehydrat wird aber nicht einfach in die Gewebe abwandern, sondern es verdrängt das bei Erhaltung diät verbrauchte Fett aus dieser Funktion und führt äquivalente Mengen des letzteren in die Gewebe über.

Die zum Organansatz verfügbare Fettmenge steigt also nicht proportional dem Nahrungsüberschusse, sondern rascher. Mit je kleinerem Nahrungsüberschusse ein Tier sein Wachstum betreibt, desto reichlicher muß leicht lösliches Kohlehydrat vorhanden sein.

Der Säugling des Menschen unterscheidet sich von vielen anderen Organismen ähnlicher Größe durch die lange Dauer seines Wachstums, daher die große Menge von Kohlehydraten in der Milch der Mutter, welche zur Bestreitung seines Kraftwechsels in erster Linie dienen und das wertvollere Fett schonen.



Das eigenartige des Säuglingsstoffwechsels liegt in der Tendenz seines sorgfältig regulierten langsamen Wachstums. Man kann aber unmöglich die biologischen Zwecke und Ziele, die hiebei durch die Natur angestrebt werden, verstehen, wenn man das Problem einer einzigen Spezies behandelt. Erst wenn wir es vergleichend physiologisch weiter fassen, erscheint uns das Wachstum des Menschen im richtigen Lichte, und die Wachstumsperiode selbst als kleiner, wenn auch wichtiger Teil der gesetzmäßig angeordneten Lebenserscheinungen.

Das Wachstum ist abhängig von der Zellteilungsgeschwindigkeit; der Ansatz hängt mit der Stoffwechselintensität zusammen und erfolgt viel schneller als ersteres. Beim Neugeborenen erfolgt eine Verdopplung des Körpergewichtes durch das Wachstum bei der Katze in 9, beim Kaninchen in 6, beim Hunde in 9, beim Schweine in 14, beim Schafe in 15, beim Rinde in 47, beim Pferde in 60, beim Menschen in 180 Tagen.

Die Wachstumsintensität ist in hohem Maße ungleich. Diese Ungleichheit der relativen Intensität kann sich unmöglich nur auf die Periode unmittelbar nach der Geburt beschränken, vielmehr ist mit Bestimmtheit anzunehmen, daß für die weiteren Verdoppelungszeiten zwar nicht dieselben, aber spezifisch und gleichmäßig steigende Zeitwerte sich ergeben müssen. Die obigen Verdoppelungszeiten sind Konstanten der betreffenden Spezies, sie schwanken zwischen Kaninchen und Mensch um das 30fache. Wenn man weiter erwägt, daß manche Bakterien eine Verdoppelung ihrer Masse in 20—30 Minuten erreichen, so beweist dies, daß, wenn wir uns bisher mit der Vorstellung haben genügen lassen, es bestimmte die absolute Größe der Lebewesen die Wachstumszeit, wir an einer sehr wichtigen und fundamentalen Eigenschaft des Lebewesens, der spezifischen Wachstumsintensität, achtlos vorübergegangen sind.

Von dem gesamten Energieinhalt der Nahrung werden zum Anwuchs (Wachstumsquotient) bei den Säugetieren im Mittel 34·3%, bei Menschen dagegen nur 5·2% verwendet; bei Bakterien beträgt der Quotient bei B. pyocyaneus 27·7%, bei B. coli 30·8%. Wenn man die Energiemenge des Erhaltungsfutters gleich 100 setzt, so findet sich für die Gesamtnahrungsaufnahme bei den beobachteten Säugern 189 bis 211, im Mittel 202, beim Menschen 120. Die Tiere bewältigen behufs des Wachstums also doppelt soviel Nahrung, als sie im einfachen Erhaltungsfutter zu sich nehmen müssen, der Mensch dagegen nur ein Fünftel mehr, als er im ausgewachsenen Zustande bedarf. Die Milch spiegelt in ihrer prozentischen Zusammensetzung die Aufgaben wieder, welche ihr die Natur im Wachstum zuweist. Fett- und Zuckergehalt der Milch haben nur die Funktion, den Eiweißumsatz auf das tiefste Niveau herabzudrücken, um dadurch die maximalste Menge von Eiweiß für das Wachstum zu erübrigen. Zwischen dem Salzgehalte des Neugeborenen und der Muttermilch besteht beim Menschen keine Übereinstimmung, da bei dem langsamen Wachstum des Menschen viele Salze durch die Ausscheidungen verloren gehen. Beim Tiere ist dagegen das Verhältnis der verschiedenen anorganischen Stoffe zueinander in der Milch und in der Asche des Tierleibes viel ähnlicher, als dies wegen des angeführten Grundes beim Menschen der Fall ist. Die Entwicklungsdauer des Fötus nimmt im allgemeinen mit der Größe des Tieres ab; eine Ausnahmestellung hat der Mensch. Der Wachstumstrieb ist bei den Tieren in der gleichen Wachstumsperiode derselbe; ein Tier, das einen intensiven Stoffwechsel hat, erübrigt durch das gleichsinnig gesteigerte Wachstum in kürzerer Zeit soviel, um seine Gewichtsverdopplung zu erreichen, wie ein anderes mit kleinerem Stoffwechsel in langer Zeit. Dem intensiven Kraftwechsel der kurzen Verdopplungszeit entspricht pro Kilogramm Tier eine proportional gesteigerte Oberfläche. Extrauterines und intrauterines Leben unterscheiden sich hinsichtlich der wirksamen Faktoren keineswegs, nur quantitativ mit Bezug auf den Wachstumsquotienten. Den letzteren könnte man geradezu als einen Ausdruck des Wachstumstriebes ansehen, den man als eine Äußerung vererbter Grundeigenschaften der Zelle betrachtet. Beim Menschen ist dieser Wachstumstrieb klein; der Vorteil des langsamen menschlichen Wachstums liegt möglicherweise in der Begünstigung der Entwicklung des Gehirns. Die mittlere Lebensdauer beträgt beim Pferde 35, beim Rinde 30, beim Hunde 11, bei der Katze 9·5, beim Meerschweinchen 6·7 Jahre, von diesen entfallen in derselben Reihenfolge 5, 4, 2, 1·5, 1·6 auf die Wachstumsperiode; der Mensch verhält sich auch hier abweichend, indem einer Lebensdauer von 80 Jahren eine Wachstumsperiode von 20 Jahren gegenübersteht. Nach beendigtem Wachstum verbrauchen im Ruhezustande pro Kilogramm Körpergewicht die angeführten Säuger zwischen 141.090 bis 265.000 Kalorien, im Mittel 191.600, der Mensch dagegen 725.800 Kalorien. Die Werte des Energieverbrauches stimmen bei den untersuchten Tieren demnach darin überein, daß 1 *kg* Lebendgewicht der Tiere nach dem Wachstum annähernd ähnliche Energiemengen verbraucht; nur der Mensch zeichnet sich durch seine ganz besonders hohen Zahlen des Energieumsatzes aus. Die lebende Substanz des Menschen bleibt ihrer ganzen Leistung nach durchaus nicht, wie man gewöhnlich sagt, hinter den Leistungen anderer Warmblütler zurück, sondern steht diesen weit voran. Die Begrenzung des Lebens findet ihre ursächliche Erklärung vielleicht in dem Zusammenbruche der Zerlegungsfähigkeit des Protoplasmas; das Protoplasma versagt seinen Dienst, wenn es bestimmt begrenzte, bei vielen Säugern gleichmäßig große Leistungen vollzogen hat. Von einem bestimmten Intervall ab treten die das Wachstumsprinzip enthaltenden Potenzen an die Geschlechtsorgane, und die übrigen Zellen des Organismus verlieren die Fähigkeit, sich weiter zu entfalten — die maximale Größe der Spezies ist erreicht. *i. m.*

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 5. März 1908.

H e r m a n n v. S c h r ö t t e r zeigt eine große Stecknadel mit einem Kopfe von 9 *mm* Durchmesser, deren Entfernung aus dem rechten Bronchus (quer über der Teilungsstelle der Trachea) mittels Bronchoskopie unter Kokainanästhesie gelang.

K a r l P r e l e i t n e r demonstriert zwei 5jährige Kinder mit m u l t i p l e n E n c h o n d r o m e n. Im ersten Falle besteht das Leiden seit dem dritten Lebensmonate; knotige Verdickung der Finger der rechten Hand, weiters Knoten an den Füßen und an den Armknochen. Im Röntgenbilde sieht man Enchondrome als helle Flecken in dem dunklen Knochenschatten in großer Zahl in dem Skelett der ganzen rechten Körperhälfte, im linken Fuß- und Handskelett verstreut. Chirurgische Behandlung kommt wegen der großen Anzahl nicht in Betracht, eher Röntgentherapie. Beim zweiten Kinde sind Enchondrome nur an der linken Hand vorhanden.

H e i n r i c h L e h n d o r f f zeigt einen 5jährigen Knaben mit Schädeldeformität (Turmschädel). Weiters besteht Atrophia nervi optici nach Neuritis optica, Nystagmus und Exophthalmus infolge der Enge der Orbita. Vielleicht bessert Trepanation das Sehvermögen.

A r t h u r S c h ü l l e r erwähnt, daß Turmschädel auch oft ohne nervöse Symptome bleiben, mit Epilepsie oder einer Psychose kombiniert sind. Oft sind auch nur Symptome von seiten des Optikus vorhanden. Durch Trepanation kann oft eine Besserung der begleitenden Sehnervenerkrankung herbeigeführt werden.

R u d o l f N e u r a t h macht darauf aufmerksam, daß Mikrogyrie, Balkenmangel, Verwachsung der Hirnhemisphären u. dgl. sich oft bei Mikrokephalie finden.

S c h ü l l e r bemerkt, daß Mikrokephalie im vorliegenden Falle nicht vorhanden sei. Beim vorgestellten Falle besteht eine Kraniostenose.

W i l h e l m K n o e p f e l m a c h e r und H e i n r i c h L e h n d o r f f haben 20 Mütter untersucht, deren Kinder wegen hereditärer Syphilis in Spitalsbehandlung waren. 14 von ihnen hatten niemals Lues überstanden und waren nie spezifisch behandelt worden. Die W a s s e r m a n n sche Reaktion ergab



in 11 Fällen vollständige oder fast komplette Hemmung, in drei Fällen Hämolyse. Von den übrigen sechs Müttern waren drei vor längerer Zeit wegen Lues behandelt worden, eine zeigte Symptome von Spätsyphilis, von zwei fehlen genauere anamnestische Daten. Das Serum dieser Frauen ergab in einem Falle komplette, in fünf Fällen partielle Hemmung. Aus den bisherigen Resultaten läßt sich schließen, daß sich das Serum der gesunden Mütter hereditär-syphilitischer Kinder so verhält wie das von Luetikern.

Berthold Schick: Reaktion von Diphtherietoxin bei Einimpfung auf die Haut. Eine konzentrierte Lösung von Diphtherietoxin erzeugt nach sechs bis acht Stunden eine Papel, die nach 24 Stunden mit einem roten Hofe umgeben ist, am dritten bis vierten Tage den Höhepunkt ihrer Entwicklung erlangt und dann allmählich verschwindet. Das Aussehen der Papel ist dasselbe wie nach Pirquetscher Tuberkulinimpfung. Die Diphtheriereaktion bleibt aus, wenn in vitro das Toxin mit Antitoxin gemischt oder das zu impfende Individuum durch Diphtherieheilserum passiv immunisiert worden ist. Im ersten Lebensjahre ist die Reaktion zumeist negativ, zwischen dem dritten bis siebenten Lebensjahre meist positiv, über das zehnte Lebensjahr hinaus wieder überwiegend negativ. Eine positive Reaktion kann auf das Fehlen von antitoxischen Substanzen im Körper hinweisen. Möglicherweise läßt sich die Reaktion dazu verwerten, daß sie anzeigt, wieviel Serum zur Injektion bei schon bestehender Erkrankung notwendig sei.

Clemens Pirquet meint, daß die praktische Bedeutung der Probe darin liegt, daß sie gestattet, Diphtherieheilserum am Menschen selbst auszuwerten; man könne in vitro Toxin und Antitoxin mischen und dann feststellen, ob die Mischung noch toxisch wirkt oder nicht. *i. m.*

IV. Literatur.

Geschichte der Medizin. Von Professor Dr. Max Neuburger. I. Band. Stuttgart. Ferdinand Enke. 1906. 9 Mark.

Das Hauptaugenmerk hat der Verfasser dieses hervorragenden Werkes nicht so sehr auf das philologisch-bibliographische Moment gerichtet, als auf die Darstellung des Zusammenhanges der allgemeinen Kultur und der Medizin auf den Entwicklungsgang des medizinischen Denkens. Denn Neuburger ist nicht bloß Historiker, sondern Psycholog und Kulturforscher.

Der erste Band enthält die Medizin des Orients und des klassischen Altertums.

Autor schildert in geradezu glänzender Weise die Medizin im alten Testament, Ägypten, Persien, Indien usw. Nicht minder interessant ist die Medizin des klassischen Altertums geschrieben.

Das Buch, das Hofrat Ludwig in Wien gewidmet ist, ist seit etwa 100 Jahren das erste größere Werk aus der Feder eines österreichischen Arztes, das das Gesamtgebiet der Geschichte der Medizin behandelt. Aus Vorträgen des Autors über Geschichte der Medizin an der Wiener Universität entstanden, wendet sich dieses Werk nicht nur an werdende und ausübende Ärzte, sondern wird von jedem gebildeten Laien mit Vergnügen gelesen werden, der eine orientierende Übersicht über die Geschichte der Medizin sich bilden will.

Eine eingehende Würdigung dieses Werkes sei noch nach Erscheinen des zweiten Bandes vorbehalten.

V. Aus der Praxis.

Sterile Jodoformgazen des Handels. Anselmino in Greifswald hatte Gelegenheit, eine Reihe steriler Jodoformgazen des Handels zu prüfen.

Er berichtet darüber in der „Pharmazeutischen Zentralhalle“ Nr. 51, 1907:

Es gelangten von 7 verschiedenen Fabriken 15 Proben, die durch eine hiesige Apotheke bezogen waren, zur Untersuchung.

Die Resultate einer Fabrik hatten keinen Sterilisationsvermerk, zwei Firmen bezeichneten die Gaze kurzweg als steril, eine als durch strömenden Wasserdampf sterilisiert, eine andere sterilisierte durch strömenden Wasserdampf bei 110° C. Eine Fabrik sterilisierte nach eigenem Verfahren in strömendem Wasserdampf über 100°, und eine Firma endlich nach einem besonderen gesetzlich geschützten Verfahren. Bei vier Fabriken war die Packung derart, daß eine Sterilisation der umhüllten Gaze stattgefunden haben kann, bei zweien ist dies unwahrscheinlich und bei einem Fall ist es ausgeschlossen, daß die Sterilisation in der von der Firma angegebenen Weise stattgefunden hat.

Das Rohmaterial war von guter Beschaffenheit, nur in einem Falle wurde das vom D. A.-B. für Mull geforderte Metergewicht von 30 *g* nicht erreicht. Verfälschungen des Jodoform, in erster Linie Pikrinsäure, konnten in keinem Falle nachgewiesen werden, dagegen hatte eine Fabrik den Mull mit einem wasserlöslichen gelben Farbstoff vorgefärbt.

Sehr verschieden war das Aussehen der einzelnen Fabrikate und deren Feuchtigkeitsgrad.

Soweit Stichproben als zulässig gelten und ihre Befunde auf das ganze Stück ausgedehnt werden dürfen, können alle untersuchten Gazen als keimfrei angesehen werden.

Weitaus die meisten Proben hatten aber einen Mindergehalt an Jodoform, der die Grenzen des erlaubten überschreitet, wie aus der folgenden Übersicht hervorgeht:

Sollgehalt (Prozente)	20	10	5
Gefunden Fabrik A	12·0	9·1	—
„ B	20·0	11·8	—
„ C	19·1	7·0	—
„ D	18·0	6·7	—
„ E	—	11·0	—
„ F	—	7·8	—
„ G	17·8	5·6	1·7

In vielen Fällen ist die Minderung des Jodoformgehaltes sichtlich auf das Desinfektionsverfahren zurückzuführen. Jodoformgaze durch strömenden Wasserdampf zu sterilisieren, ist bei der Flüchtigkeit des Jodoform ein Ding der Unmöglichkeit. Am auffallendsten zeigt sich der Mißerfolg bei allen Fabrikaten einer Firma (G), wo große Stellen entfärbt und Jodoformkristalle in Nestern angehäuft sind, was eine direkte Folge des strömenden Wasserdampfes ist.

Unter strömendem Wasserdampf versteht man den frei in die Atmosphäre ausströmenden Dampf, der unter Atmosphärendruck steht und die Temperatur von 100° hat. Im strömenden ungespannten Dampf haben wir bei richtiger Anwendung ein vollkommen zuverlässiges Mittel zur Entkeimung. Strömender überhitzter Dampf hat dagegen nur dieselbe Wirkung wie heiße Luft; eine Sterilisation mit strömendem Dampf von über 100° (Fabrik E) oder von 110° (Fabrik B) ist eine Verschlechterung gegenüber dem 100grädigen, und sie bietet keinerlei Gewähr für vollkommene Keimfreiheit, so vorteilhaft diese Vermerke auf der Packung als Reklame zu sein scheinen.

Bei den Gazen einer Fabrik blieben nach dem Ausziehen mit Äther einzelne Flecken und Streifen zurück, die auch durch längeres Behandeln mit Äther nicht verschwanden. Beim Betupfen mit Wasser wurden diese Flecken blau, beim Benetzen mit Natronlauge wurden sie farblos, bläuten sich aber bei darauf folgendem Ansäuern; es handelt sich also um das Vorhandensein von Jodstärke. Ob diese Gaze durch chemische Mittel, die ihrerseits zersetzend auf Jodoform einwirken, sterilisiert wurden, konnte nicht festgestellt werden.

Jodoform läßt sich mit Paraformaldehyd entkeimen; ob dabei das Jodoform irgendwie, wenn auch nur teilweise, verändert wird, müßte durch besondere Versuche ermittelt werden.

Die therapeutische Wirkung des Extractum Chinae Nanning. Von Dr. Karl Ganz. „Fortschritte der Medizin“, 24. Jahrgang, Nr. 28.

Das Extractum Chinae Nanning hat einen fast konstanten Alkaloidgehalt von 5%, der der Vorschrift der Pharma-



kopoe entspricht. Nachdem zahlreiche Abhandlungen von Autoren wie Poszvek, Toff, Thomalla. Hirschkron, Bolen, Silberstein, Schuppenhauer, Goldmann über die Wirkung des Extractum Chinae Nanning sich lobend über dessen Wirkung ausdrückten, steht er auf Grund seiner eigenen Erfahrungen mit diesem Mittel nicht an, dasselbe als eines der besten Stomachika zu bezeichnen, dessen therapeutische Wirksamkeit noch erhöht wird durch seine fäulnis- und gärungshemmenden Eigenschaften.

Die Indikationen zu seiner Anwendung sind zahlreich, hauptsächlich in jenen Fällen, in welchen die sekretorische Tätigkeit der Magenschleimhaut darniederliegt. So sieht man Erfolge bei Dyspepsien chlorotischer und anämischer Personen, bei Dyspepsie der Alkoholiker und nach akuten Infektionskrankheiten, bei Hypereniasis gravidarum, bei akutem und chronischem Magenkatarrh, bei Magendilatation und Magenkrebs, weiters bei Anorexie Tuberkuloser und Syphilitiker.

VI. Notizen.

Wien. Dem Direktor der Allgemeinen Poliklinik in Wien, Prof. A. Monti, wurde der Hofratstitel verliehen.

Als Nachfolger des verstorbenen Prof. Frühwald wurde Dozent Dr. Fr. Hamburger zum Vorstande der II. Abteilung für Kinderheilkunde an der Wiener allgemeinen Poliklinik gewählt.

Der Nachfolger des Dozenten Hamburger am St. Annen-Kinderspitale ist Dr. v. Reuss.

Der 25. Kongreß für innere Medizin. Vom 6.—10. April tagte zum zweitenmale in Wien der Kongreß. Viele Forscher von Ruf waren anwesend, darunter Professor v. Müller (München), Geh. Rat Dr. E. Pfeiffer (Wiesbaden), Geheimer Rat Prof. Schultze (Bonn), die Professoren Dr. Fritz Voit (Gießen), His (Berlin), Ad. Schmidt (Halle a. d. S.). Georg Klemperer (Berlin), Dr. Krehl (Heidelberg), Dr. Penzoldt (Erlangen), Dr. Lenhartz (Hamburg), Dr. H. Quincke (Kiel), v. Leube (Würzburg), Dr. Stinzing (Jena), Dr. Romberg (Tübingen), ferner Professor Dr. Hering (Prag), Professor Lorenz (Graz). Montag vormittags begrüßte der Unterrichtsminister Dr. Marchet die Gäste; hierauf begannen Dienstag die Beratungen, über die wir noch näher berichten werden.

Eine interessante Entdeckung. Längst ist das Blattgrün, das Chlorophyll in eine Paralelle gestellt worden zu der Farbe des menschlichen Blutes, das durch die roten Blutkörperchen erzeugt wird. Man hat den Blutfarbstoff und das Blattgrün analysiert und als Ursache der roten Körperchen des Blutes den Eisengehalt erkannt. Ein Präparat, welches nun in hohem Maße dem Blute Eisen zuzuführen imstande ist, ist das Nähr- und Kräftigungsmittel Ferromanganin, ein wissenschaftlich erprobtes Spezifikum, das nicht nur gegen Bleichsucht, Herzklopfen, Skropheln, Nervenschwäche wirkt, sondern auch gegen alle Verdauungsstörungen. Dieses vorzügliche Spezifikum ist dabei nicht nur angenehm zu nehmen, und selbst bei Kindern beliebt, sondern es gestattet auch infolge des mäßigen Preises von K 3.50 pro Flasche eine wenig kostspielige und dabei doch geradezu wunderwirkende Kur. Man achte beim Einkauf stets auf den Namen Ferromanganin und weise alle Ersatzpräparate zurück. Ferromanganin ist fast in allen Apotheken zu haben.

Ein neuer medizinischer Papyrus, der die Wissenschaft der hellenistischen Medizin wiedergibt und ein merkwürdiges Kapitel der antiken Augenheilkunde betrifft, ist von J. Nicole und J. Ilberg aus den Schätzen der Sammlung Ad. Cattaoui in Kairo herausgegeben worden. Es handelt sich um Einschnitte in die Kopfhaut, die zu dem Zwecke gemacht wurden, nach den Augen sich wendende Schleimflüsse abzulenken, ein ganz veraltetes, aber noch bei den Sudannegern heutzutage nachweisbares Mittel.

Wissenschaftlicher Kursus gegen den Alkoholismus in Budapest. In Budapest wird zu Ostern ein von der Alkoholsektion des allgemeinen Wohltätigkeitsvereines veranstalteter öffentlicher wissenschaftlicher Kursus gegen den Alkohol abgehalten werden, dessen Programm wie folgt festgesetzt worden ist: Univ.-Prof. Dr. Entz: Der Alkohol vom biologischen Standpunkte. Univ.-Prof. Dr. Koranyi: Der Alkohol als Krankheitserreger. Kais. Rat Dr. med. Stein: Alkohol und Gehirntätigkeit. Kronanwalt Baumgarten: Alkohol und Verbrechen. Reichstagsabgeordneter Giettwein: Die sozial-

politische Bedeutung der Alkoholfrage. Professorin Fräulein Rosenberg: Alkohol und Schule. Von dem genannten Vereine wird bei den Schuleinschreibungen im Herbste eine vollständig im Sinne der Abstinenz verfaßte Belehrung über die Schäden des Alkoholgenusses an die Eltern der Schulkinder zur Verteilung gebracht werden.

„**Die Frau und ihre Zeit.**“ Berlin SW. 68, Lindenstraße 3, Verlag „Buntdruck“. Diese Monatsschrift, die so schnell ihren Weg in alle Familien gefunden hat, liegt in einem neuen Heft vor, das ebenso vornehm in der Ausstattung und ebenso reich und gediegen an Inhalt ist wie die vorhergehenden. Ganz besonderes Interesse dürfte der an anekdotischem Material überaus reiche Artikel über „Die Frauen aus dem Hause Braganza“ hervorrufen, der gerade jetzt bei dem besonders hervortretenden Prätendententume Dom Miguels aktuell ist. Aber auch der ganze übrige Inhalt dürfte dem Blatte neue Anhängerschaft zuführen und die Reichhaltigkeit desselben jeden überraschen. Dabei ist der Preis — 50 Pfennig pro Heft — derart niedrig, daß man nicht begreifen kann, daß dafür so viel, so Gutes und so Vornehmes geboten werden kann.

VII. Offene Stellen.

Distriktsarztesstelle mit dem Sitze in Turas (Mähren) (politischer Bezirk Brünn Umgeb.). Zum Sanitätsdistrikte gehören sechs Gemeinden mit 5200 Einwohnern. Jahresgehalt K 864.32, Fahrpauschale K 135.68. Kenntnis beider Landessprachen ist nachzuweisen. Bewerber um diese Stelle haben ihre mit den Nachweisen im Sinne des § 11 des mährischen Sanitätsgesetzes vom 10. Februar 1884, L. G. u. V. Bl. Nr. 28, belegten Gesuche bis zum 15. April 1908 an den Obmann der Delegiertenversammlung Franz Sauer in Turas zu richten.

VIII. Eingesendet.

Wir werden um Aufnahme der nachstehenden Erklärung ersucht:

Berlin, 28. März 1908.

„Zum Kapitel der ärztlichen Reklameartikel“ brachte die „Berliner klinische Wochenschrift“ in Nr. 12 einen Beitrag, dessen Inhalt sich mit dem von mir hergestellten Visvit beschäftigte. Unter Wahrung meiner sonstigen Rechte an den Verfasser dieses Artikels bat ich die Zeitschrift um Aufnahme der nachstehenden Erklärung auf Grund des § 11 des Preßgesetzes:

„Der von Ihnen erwähnte angebliche Reklameartikel ist von mir weder direkt noch indirekt veranlaßt und weder direkt noch indirekt von mir honoriert worden. Die Annahme Ihres Gewährsmannes, daß der Artikel ein Reklameartikel sei, ist daher umsomehr eine willkürliche, als von dieser Arbeit kein einziges Separatum angefertigt wurde. Der Verfasser des angeblichen Reklameartikels hat sich, so weit mir erinnerlich, vor mehr als Jahresfrist an mich mit dem Ersuchen gewandt, ihm ausreichende Proben von Visvit zwecks Anstellung von Versuchen zur Verfügung zu stellen. Ebenso wie Ihr Mitarbeiter verurteile ich selbst die geradezu unglaubliche Handlungsweise des Arztes, bei seiner Arbeit sich eines fremden Textes bedient zu haben. Ich erkläre ausdrücklich, daß mir selbst diese Tatsache bis heute gänzlich fremd war und ich frage, weshalb der Artikel eine Fassung bekam, die in dem Leser die Annahme erweckt, als ob ich an dem Verschulden des Arztes Anteil haben müßte.

Hochachtend

Dr. Arthur Horowitz.“

Hiezu bemerkt die Redaktion der „Berliner klin. Wochenschrift“: „Wir haben hiezu zu bemerken, daß es uns nur darum zu tun war, die Handlungsweise des Verfassers des Artikels zu kennzeichnen, ein Verdacht gegen die Fabrik aber nicht erhoben werden sollte.

Die Redaktion.“

Ich füge noch einen Abdruck des mir von der „Heilkunde“ zugegangenen Briefes bei, der folgenden Wortlaut hatte: Auf Ihren Wunsch bestätigen wir Ihnen, daß der Artikel von Dr. X. in der „Heilkunde“ nicht auf Ihre Anregung geschrieben wurde. Wir bestätigen Ihnen, daß Sie weder an uns noch an Dr. X. ein Honorar zu zahlen hatten und auch keines gezahlt haben. Wir erklären ferner, daß auch eine indirekte Bezahlung, etwa durch Erhöhung der Inseratengebühren, nicht stattgefunden hat.

Hochachtungsvoll

Verlag der „Heilkunde“, Berlin.

Die ganze Erörterung würde sich erübrigt haben, wenn die „B. kl. W.“ den Grundsatz „audiatur et altera pars“ berücksichtigt hätte.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. Arthur Horowitz, Berlin.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

[redacted] XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 16. Wien, 18. April 1908. **Nr. 16.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13218) zu senden.

Die Fermente der Leberzellen in ihrer Beziehung zur Pathologie.

Von **San.-Rat Dr. Scherk**, Bad Homburg.

(Schluß.)

Abgesehen davon, daß die Sekretion der Galle, wenn dieselbe in den Intestinaltraktus gelangt, für die Verseifung und Resorption der Fette einen wichtigen Faktor darstellt, so ist zu beachten, daß die Leber ebenso wie für Glykogen einen Stapelplatz für die Fette darstellt.

G. Rosenfeld hat über die Fettwanderung in die Leber exakte Untersuchungen veröffentlicht.

Vergiftet man Hunde mit Phloridzin, so häuft sich 75% Fett in der Leber an. Dieses Fett ist von den Depots in die Leberzellen gewandert.

Glykogengehalt und Fettgehalt laufen in einer gesunden Leber miteinander parallel.

Während des Hungerns verschwinden beide und nehmen nach der Fütterung wieder zu. Diese Aufstapelungen werden nach Bedarf verwendet und ebenso wie das Glykogen in Glykose invertiert wird, wird das fettspaltende Enzym der Leberzellen bei Verwertung des Reservematerials in Frage kommen. Eine Hemmung der fermentativen Funktion der Leberzellen, eine Ansammlung von Fettmassen in prädilektionierten Regionen des Organismus hängt demnach mit der spezifischen Fermentproduktion der Leber im Zusammenhang.

Daß bei diesen Vorgängen die Oxydationen nicht außer Acht zu lassen sind, darauf weisen wiederum die Schlußfolgerungen hin, welche Rosenfeld[1]) neuerdings aufgestellt hat.

Derselbe ist der Ansicht, daß alle die Leber verfettenden Gifte und Prozeduren dieses Organ ihres Glykogengehalts berauben. Durch Zufuhr von Traubenzucker und Rotweinen wird dagegen die Leberverfettung aufgehoben, denn zur Verbrennung der Fette sind die Kohlehydrate als Entzündungsmasse unentbehrlich, die Fette verbrennen bei Anwesenheit der Kohlehydrate.

Die Koinzidenz der Zuckerkrankheit, Gicht und Fettsucht ist auf diese Momente, neben dem Pankreasenzymen, zurückzuführen.

[1]) Allg. med. Zentralzeitung Nr. 48, 1907.

Auch die fettige Degeneration in dem zentralen Dritteil der Lobuli, wie dieselbe bei dem Auftreten der perniziösen Anämie beobachtet wird, ist ein beachtenswerter pathologischer Prozeß, welcher auf die Ätiologie dieser Krankheit ein besonderes Licht wirft.

Wir wissen, daß unter normalen Verhältnissen die Leber das Organ darstellt, in welchem der Zerfall der roten Blutzellen bewerkstelligt wird. Bei der perniziösen Anämie ist der Zerfall so massenhaft, daß nicht nur ein außerordentlicher Reichtum von Eisen, sondern auch ein Überschuß von Pigment innerhalb der Leberzellen nachzuweisen ist.

Dasselbe Resultat wird bekanntlich durch Tolnytendramin hervorgerufen.

Während bekanntlich Knochenmark, Milz und Lymphdrüsen als Bildungsstätten der Blutzellen funktionieren, ist die Leber für den Zerfall der Blutzellen bestimmt. Welche Fermente bei diesem Vorgange in Aktion treten, ist noch nicht festgestellt, die Ergründung der autolytischen Faktoren ist noch in Dunkel gehüllt.

Auch das Gebiet der katalytischen Vorgänge in den Leberzellen, die Wirkung der Oxydasen ist noch nicht geklärt.

Wir wissen, daß der Eisengehalt des Oxyhämoglobins der roten Blutzellen die Aufgabe zu erfüllen hat, als Sauerstoffüberträger zu dienen. Es ist dagegen nicht anzunehmen, daß die Eisenschlacken, welche aus dem Zerfall der Blutzellen stammen, wieder zu dieser Funktion verwendbar sind. Dieselben werden unter normalen Verhältnissen einfach mit der Galle exportiert, um dann mit den Fäkalmassen als Schwefeleisen ausgeschieden zu werden.

Unter pathologischen Bedingungen werden die Eisenlager in der Leber nicht genügend entleert, so viel Galle wird nicht produziert, um diese Eisenmengen umgehend entfernen zu können.

Daß trotzdem in der Leber sehr lebhafte Oxydationsprozesse sich abwickeln, geht aus der Beobachtung hervor, daß das aus der Leber kommende Blut wärmer ist als das des übrigen Kreislaufes.

Meiner Ansicht nach sind wir berechtigt, die entgiftende Funktion der Leber mit den erhöhten Oxydationsvorgängen in Zusammenhang zu bringen.

Wiewohl die Leber nicht das einzige Organ ist, welches eine antitoxische Wirkung auf die Gifte, mögen dieselben endogenen oder exogenen Ursprungs sein, des Organismus ausübt, so nimmt dieselbe doch in dieser Beziehung die erste Stelle ein.

Die Bestimmung der urotoxischen Koeffizienten von Bouchart lieferte den Beweis: [2])

Immerhin ist wohl zu erwägen, daß nicht nur Störungen der hydrolytischen Prozesse, sondern auch die katalyschen Funktionen innerhalb der Leberzellen zu berücksichtigen sind, wenn wir die pathogenetischen Faktoren, auf welche mannigfache pathologische Zustände zurückzuführen sind, ergründen wollen.

Das Studium der fermentativen Vorgänge steht heutzutage im Brennpunkte der biologischen Forschungen und die Folgerung ist berechtigt, daß die Resultate, welche auf diesem Felde alltäglich veröffentlicht werden, auch für die pathologischen Verhältnisse im Organismus verwertet werden können. Wenn ich in dieser kurzen Auseinandersetzung einen Fingerzeug zu liefern mich bemüht habe, so hoffe ich, daß derselbe uns einen neuen Weg eröffnen wird, um die ätiologischen Momente bestimmter Krankheitsformen mehr und mehr zu klären. Denn es ist einleuchtend, daß sich unsere therapeutischen Verordnungen stets der Pathogenese anpassen müssen, wenn ein günstiger Erfolg erzielt werden soll.

Es liegt auf der Hand, daß die Behandlung von Leberleiden bei den mannigfachen Funktionen, welche die Leberzellen zu leisten haben, noch tief im Dunkeln liegt. Die übliche Anwendung von Purgantien bei hyperämischen Leberleiden ist allerdings als symptomatische Verordnung indiziert, doch werden die ursächlichen Momente dieser Krankheitsformen nicht entfernt. Wenn wir andererseits anerkennen müssen, daß die operative Behandlung der Gallensteinleiden in den letzten Jahren enorme Fortschritte erzielt hat, so bleibt doch noch die Bildung der Gallensteine unter pathologischen Bedingungen tief verschleiert, wiewohl die Anschauungen sich in der Neuzeit dahin zuspitzen, daß die uratische Diathese auch hier wieder ein ätiologisches Moment liefern kann. Jedenfalls ist dieser Faktor in den Fällen, in denen bei Gallensteinen ein uratischer Kern nachzuweisen ist, wohl auf die Wagschale zu legen. Da wir dann mit einem gestörten Nukleinstoffwechsel zu rechnen haben, so wird auch bei der Gallensteinkrankheit eine pathologische Fermentierung zu berücksichtigen sein und die Bedeutung der fermentativen Störung wird auch hier wieder in den Vordergrund treten.

In analoger Weise sind wir in der inneren Behandlung der Zuckerkrankheit vorgeschritten. Wir passen unsere therapeutischen Vorschriften dem pathologischen Kohlehydratstoffwechsel an, wenn wir einen Leberdiabetes behandeln wollen. Auch hier ist demnach die gestörte Fermentierung als causa movens anzuerkennen.

Andererseits wissen wir aus Erfahrung, daß bei Leberzirrhose und torpiden Leberleiden die Verordnung von Diuretizis einen günstigen Verlauf der Krankheitserscheinungen erzielen kann. Die vermehrte Exportierung der Schlacken und die Vermeidung von Ansiedelungen pathologischer Stoffwechselprodukte in den Leberzellen ist die Ursache der günstigen Beeinflussung.

Aus diesen Beispielen hoffe ich einen Fingerzeig zu liefern, von welcher Seite aus wir eine kausale Therapie bei Leberleiden einleiten können. Berücksichtigen wir die fermentativen Prozesse in den Leberzellen als Ausgangspunkt, so werden auch unsere therapeutischen Maßregeln in speziellen Fällen von Erfolg sein.

Ganz bedeutend werden wir durch die Entdeckung neuer Methoden, um eine exakte Differenzialdiagnose zu stellen, in den therapeutischen Erfolgen unterstützt. In diesem Sinne möchte ich die Mydriasis, welche bei pankreatischem Diabetes durch Adrenalininstillation erzeugt wird und von A. Loewi als wertvolles Zeichen eines Pankreasleidens hingestellt ist, nicht unerwähnt lassen.

[2]) The natural History of Digestion by A. Lockhart Gillespie. S. 294.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Der 25. Kongreß für innere Medizin. — Die neue Ärzteordnung.)

Die vergangenen Wochen gehörten dem Internistenkongresse, der zwar keine aufsehenerregende Entdeckung oder unsere bisherigen Anschauungen umwälzende Theorie uns geschenkt hat, um es gleich vorweg zu nehmen, aber doch eine Fülle von Anregungen auf den verschiedensten Gebieten ausgestreut hat. Sonntag, den 5. d. M., fand die Begrüßung der Gäste im Kursalon des Stadtparks statt, und am Montag die Eröffnung des Kongresses durch Dr. Marchet im großen Festsaale der Universität. Dr. Marchet, der mit großer Kunst seine beiden Ressorts, Kultus nnd Unterricht, in unserer durch die Wahrmundaffäre und den Universitätssturm der Klerikalen erregten Zeit auf seinen breiten Schultern balanciert, sagte unter anderem:

Wie so viele bedeutsame Verwaltungsmaßregeln auf Kaiserin Maria Theresia zurückzuführen sind, so ist das auch hier der Fall. Die große Kaiserin hat als glanzvolle Repräsentantin des vielfach belächelten und oft unterschätzten Wohlfahrtsstaates viele mächtige Impulse gegeben. So war es wiederum Kaiserin Maria Theresia, welche die Krankenanstalten neben ihrer Aufgabe, insbesondere den minder bemittelten Kranken Pflege und Heilung zu bringen, auch zu Stätten der wissenschaftlichen Forschung und Lehre gemacht hat, denn es wurde damals eine, wenn auch kleine Anzahl von Kranken in den Dienst des medizinischen Unterrichts gestellt. Allmählich trat auch überall in Österreich die ärztliche Wissenschaft aus dem Kreise spekulativer Theorie in den Bereich der exakten Forschung hinüber, und die Wiener medizinische Schule kann epochale Leistungen auf diesem Gebiete aufweisen.

Die großartige Entfaltung der medizinischen Wissenschaften, die Entstehung und Entwicklung einer ungeahnt großen Zahl von Wissenschaftszweigen hat neue Methoden für Diagnose und Therapie gezeitigt und der Forschung neue Wege gewiesen. Damit im Zusammenhang steht die Notwendigkeit einer äußerlich neuen Gestaltung aller Anstalten auf diesem Gebiete. Dieser Überzeugung zufolge ist man auch bei uns bemüht, an allen Universitäten neue Arbeitsstätten und Institute zu schaffen und die bestehenden im Sinne der Forderungen der modernen Wissenschaft umzugestalten. In diesem Prozesse ist auch die Wiener medizinische Fakultät begriffen. Neben den beiden in kürzester Zeit ihrer Bestimmung zu übergebenden Frauenkliniken, welche Sie wohl Ihrer gütigen Aufmerksamkeit für wert halten werden, ist in unmittelbarer Vorbereitung eine neue interne medizinische Klinik und eine solche für Kinderkrankheiten und Laryngologie. Weitere Kliniken harren ihrer Ausgestaltung. So wird denn das Rüstzeug auch bei uns geschaffen, um der Arbeitsrichtung der neueren Zeit gerecht zu werden, nicht an Symptomen zu haften, sondern das Übel an der Wurzel zu erfassen.

Die Regierung ist der Überzeugung, daß der medizinische Kongreß, welcher sich eben anschickt, seine Beratungen in Wien durchzuführen, wertvolle Errungenschaften und Anregungen zu Tage fördern wird, welche neuerliche Impulse bieten werden, um die ebenso schwierige als im schönsten Sinne des Wortes humane Tätigkeit des Arztes für die leidende Menschheit erfolgreicher zu gestalten.

Bei dieser Erkenntnis ist es nur selbstverständlich, daß ich namens der Regierung den Dank dafür wiederhole, daß der 25. Kongreß für innere Medizin der Wiener Universität die Auszeichnung seines Besuches zu teil werden ließ, und die bestimmte Versicherung abgebe, daß nicht nur die Wiener und österreichischen Fachmänner überhaupt, sondern auch die Regierung Ihre Beratungen mit dem größten



Interesse verfolgen und es sich ernstlich angelegen sein lassen werden, dieselben für uns in jeder Richtung nutzbar zu machen.“

Hofrat v. Schrötter, mit lebhaftem Beifall begrüßt, sprach im Namen des durch Unwohlsein verhinderten Präsidenten der Gesellschaft der Ärzte, Hofrates Chrobak und der anderen wissenschaftlichen Ärztevereine herzliche Worte der Begrüßung. Auch im Namen des „Hausherrn“, des Rector magnificus Hofrat v. Ebner, der zu seinem Bedauern am Erscheinen verhindert war, hieß Hofrat v. Schrötter die Versammlung willkommen.

In seiner Schlußrede schilderte der Präsident Professor v. Müller die Entwicklung der inneren Medizin seit der letzten Tagung in Wien im Jahre 1890. Er betonte die große Bedeutung der von Wien ausgegangenen Arbeiten, die Förderung der Diagnostik und den Aufschwung, welchen die Therapie, die Krankenbehandlung und Heilung mit den Fortschritten der Physik und der Chemie — wobei insbesondere die Bedeutung der kolloidalen Substanzen hervorgehoben wurde — gewonnen hat.

Hierauf hielt Geheimrat v. Rosthorn den ersten wissenschaftlichen Vortrag als Kliniker in Wien; er sprach über „die Beziehungen der weiblichen Gesch.echtsorgane zu inneren Erkrankungen.“

Indem wir uns eingehendere Referate vorbehalten, wollen wir hier nur den Gang der Verhandlungen skizzieren.

Das Korreferat des Dr. Lenhartz (Hamburg) erregte in seinen Stellen, welche sich auf die Behandlung bezogen, besonderes Interesse. Manches Wort fiel in der Abwehr der gynäkologischen Dauerbehandlung und der vielen Operationen, die nach Ansicht L.'s nicht nur unnötig, sondern vielfach schädlich seien. Bekannte Frauenärzte haben in schärfster Weise die gynäkologische, spezialistische Vielbehandlung gegeißelt und darauf hingewiesen, daß in der überwiegenden Mehrzahl die Genitalsstörung, derentwegen die Frauen den Rat einholen, nicht die Ursache, sondern die Begleiterscheinung des gestörten Allgemeinzustandes und die Folge der Nervenschwäche sei, die nicht durch örtliche, spezialistische, sondern durch allgemeine Behandlung gebessert werden könne, über deren zweckmäßige Ausführung der Vortragende noch manche empfehlenswerte Ratschläge gab. Die Nachmittagssitzung brachte drei Vorträge, die zu dem Hauptthema in direkter Beziehung standen. Es sprachen Ploenies (Dresden), und Ribold (Dresden) und Tuczkai (Marienbad). Es beteiligten sich dann an der Diskussion die Herren: Turkan (Davos), Link (Freiburg), Kronnick (Freiburg), Stintzing (Jena), Hofbauer (Wien), Schott (Nauheim), Klemperer (Berlin), Grodel (Nauheim), Zinn (Berlin), Obrastzow (Kiew), Foellner (Marienbad), Hofmann (Leipzig), Pineles (Wien), Pariser (Hamburg), Singer (Wien), Schwalbe (Berlin), Krehl (Heidelberg).

Dienstag vormittags sprach Prof. Neisser (Breslau) über den gegenwärtigen Stand der „Pathologie und Therapie der Syphilis“. Er schilderte die modernen Versuche, die Krankheit auf Affen zu übertragen, seine Beobachtungen an Orang-Utans und Gibbons und hob hervor, daß die Entdeckung der Krankheitsursache, der Spirochaeta pallida, die Diagnosenstellung und die Therapie außerordentlich gefördert hat. Das spezifische Mittel zur Vernichtung der Spirochaeta pallida bei Tieren ist das Arsenpräparat Atoxyl. Mit diesem gelingt es sicher, die Spirochäten abzutöten. Neisser sprach am Schlusse die Hoffnung aus, daß die Internistenkongresse in Zukunft nicht mehr Gelegenheit haben werden, sich mit den Folgekrankheiten der Syphilis zu beschäftigen, da nunmehr sowohl der Krankheitserreger als auch das spezifische Heilmittel bekannt sind.

Professor Wassermann (Berlin) erörterte die wissenschaftliche Bedeutung seiner prodiagnostischen Methode der Syphilis.

Interesse begegnete ein Vortrag des Dozenten Dr. Max Herz über Herzkrankheiten. Dem Vortragenden ist es gelungen, nachzuweisen, daß in vielen Fällen nicht, wie man bisher glaubte, die Schwäche des Herzens den Kernpunkt der Krankheit bildet, sondern daß es nur deshalb seine Funktionen nicht erfüllen kann, weil ihm der genügende Raum fehle. Dies ist hauptsächlich dann der Fall, wenn durch eine fehlerhafte Körperhaltung beim Schreiben und Zeichnen die Brusthöhle so verkleinert wird, daß das Herz einer Pressung durch die Rippen ausgesetzt wird. Daraus erklären sich die zahlreichen Herzbeschwerden bei allen Bureauarbeitern, bei Schriftstellern, Journalisten, Advokaten, Architekten usw. Unter den Ärzten sind es die Zahnärzte, deren Herzen durch die gebückte Körperhaltung leiden. Auch Erkrankungen des Magens und des Darmes können durch Hochstand des Zwerchfells das Herz bedrängen. Der Zweck der Behandlung ist darauf gerichtet, dem Herzen wieder den genügenden Raum zu schaffen. Der Schreibtisch des Kranken muß diesem eine aufrechte Körperhaltung ermöglichen. Auch beim Gehen muß sich der Kranke bemühen, seinen Körper gerade zu halten. Eine bestimmte Form der Gymnastik, besonders die sogenannte Atemgymnastik, und entsprechende Massage kräftigen die Muskeln, die den Brustkorb in einer zweckmäßigen Lage festhalten sollen. Durch diese Behandlung gelingt es oft, alle subjektiven Beschwerden sowie auch die anscheinend schweren Symptome zu beseitigen.

Am nächsten Tage referierte Dr. Wachenfeld (Nauheim) über die Blutzirkulation im gesunden und kranken Herzen. Die Gefahr bei allen Herzerkrankungen liege nur in der eventuell eintretenden zu bedeutenden Verringerung des Schlagvolumens. Daraus folge eine mangelhafte Versorgung des Organismus mit Sauerstoff. Für die Praxis ergebe sich aus dem, daß kranke Herzen unter allen Umständen nicht anzustrengen, sondern nach Möglichkeit zu entlasten seien. Die Gymnastik als Heilmittel des kranken Herzens sei zu verwerfen und statt dessen die passive Muskelbewegung, die Massage, anzuwenden, wodurch die Strömung der Lymphe angeregt und der Stoffwechsel im ganzen Körper verbessert werde. Professor Adolf Schmidt (Halle an der Saale) referierte über die neueren klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktionen und ihre Ergebnisse. In der sehr regen Diskussion berichtet Hecht (Wien) über mikrochemische Reaktion auf Schleim; Münz (Prag) betont die Wichtigkeit einer ganz bestimmten Probediät bei der Vornahme dieser Stuhluntersuchungen. Plönies (Dresden) spricht von der Wichtigkeit des Funktionierens des Darmes als bakterientötendes Organ. Holzknecht (Wien) hat durch Röntgenaufnahmen Gasanhäufungen im Darme nachweisen können. Straßburger (Bonn) spricht von der Eigenschaft des Darmes, seinen Inhalt an Bakterien zu regulieren. Schütz (Wiesbaden) betont die Wichtigkeit einer bestimmten Probekost und bekämpft einzelne spezielle Angaben des Hauptreferenten. In die Diskussion griffen noch ein: Moritz (Straßburg), Ajéron (Hamburg), Tabora (Karlsbad), Vollhard (Mannheim), Gläßner und v. Noorden (Wien), Moser (Berlin) und andere. Interesse erregte ein Vortrag Dr. A. Bums (Wien) über die Infiltrationsbehandlung der Ischias. Der Vortragende berichtet, daß er bisher 105 Fälle von subakuter und chronischer Ischias mit steriler Kochsalzlösung in den Nerven unter hohem Druck behandelt hat und in 62% dauernde Heilung, in 21% erhebliche Besserung erzielte. Darunter befanden sich zahlreiche, seit Jahren bestandene Ischiasfälle. Wichtig ist es, den Nerv zu treffen, was nach des Vortragenden Methode bei einiger Übung unschwer gelingt. Irgendwelche üble Folgen des kleinen Eingriffes sind ausgeschlossen. Aussicht auf Erfolg ist nur bei peripherer Ischias vorhanden. Andere, seltenere Formen ischiatischer Schmerzen widerstehen naturgemäß auch dieser lokal-mechanisch wirkenden Methode. In der Nachmittagssitzung wurde eine Reihe von Vorträgen auf dem Gebiete der Magen- und Darmkrankheiten gehalten. Lorenz (Graz) sprach über Darmerkrankungen, die durch Amöben hervorgerufen werden; Bugsch (Berlin) berichtete über experimentelle Untersuchungen der Pathologie der Darmverdauung.



Dapper (Neuenahr) konnte experimentell nachweisen, daß die Sekretion der Bauchspeicheldrüse sowohl durch Reizung benachbarter als auch entfernter Darmteile sich anregen läßt. Obrastzow (Kiew) konnte nachweisen, daß zur Klärung der Frage, ob bei Entzündungsprozessen am Bauchfell Eiter vorhanden ist, die Röntgen-Untersuchung von großem Werte ist.

In der Schlußsitzung machte Professor Jerome Lange (Leipzig) vorläufige Mitteilungen über Tuberkulosebehandlung mit Tuberkulin Jacobs. Er berichtete über die auffallend günstigen Erfolge, die er mit diesem Tuberkulin bei einer Anzahl Phthisikern erzielte und hob namentlich die Anwendbarkeit bei schweren Fällen, insbesondere bei fiebernden Kranken hervor. Von den übrigen Referaten waren die der Herren Dr. F. Kovacs und Dr. Otto Stoerk (Wien) über Rekurrenzlähmungen bei Mitralfehlern, mit Demonstrationen anatomischer Präparate, sowie die der Herren Dr. Singer (Wien) über Darmerkrankungen im Klimakterium und Doktor Reitter (Wien) über die Anwendung des Pneumokokkusserums Römer bei krupöser Pneumonie zu erwähnen. Als die Tagesordnung erschöpft war, schritt der Präsident Geheimrat Müller zur Schließung des Kongresses. In seiner Schlußrede wies er auf die diesmal geleistete Arbeit hin und gab dem Wunsche Ausdruck, daß die erzielten Erfahrungen verwertet werden mögen. Hofrat Schrötter, der im Namen der Wiener Internisten das Wort ergriff, sprach in gleichem Sinne. Zum Schlusse dankte Professor Hoffmann (Leipzig) dem Vorsitzenden für die tatkräftige Leitung des Kongresses. Der Ausschuß des Kongresses beschloß, der Robert Koch-Stiftung 500 Kronen zu widmen.

Unter dem Vorsitze des Obmannes Dr. Dietzius hielt der Sanitätsausschuß am 7. d. M. eine Sitzung, in der Abg. Dr. Michl das Referat über den Antrag der Abg. Kindermann und Genossen betreffend die Schaffung eines Gesetzes über eine Ärzteordnung erstattete. Der Berichterstatter gab eine Übersicht über die einzelnen Bestimmungen des Antrages und schloß hieran die Bitte an alle Mitglieder des Ausschusses, dem langjährigen und so berechtigten Wunsche der Ärzte aller Nationen Österreichs zur Erfüllung zu verhelfen. Die Ärzte warten sehnsüchtig auf die endliche Erfüllung dieser Bitte und setzen ihre ganze Hoffnung auf den Sanitätsausschuß, dessen Ärztefreundlichkeit außer Frage steht. Der Regierungsvertreter Sektionschef Freiherr von Hein führt aus, das Ministerium des Innern erkenne die Reformbedürftigkeit des Ärztekammergesetzes und die Notwendigkeit an, die Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Ärzte in einer den gegenwärtigen Verhältnissen entsprechenden Weise zu kodifizieren, da die teils aus dem 19., ja sogar aus dem 18. Jahrhundert stammenden, gegenwärtig noch gültigen Vorschriften den heutigen Verhältnissen nicht mehr entsprechen. Die Bestimmungen des vorliegenden Entwurfes seien jedoch derart einschneidende und von so weittragender Bedeutung sowohl für die Ärzte als auch für das Hilfe suchende Publikum, daß das Ministerium des Innern sehr großen, ja entscheidenden Wert darauf legen muß, das Gutachten des Obersten Sanitätsrates in dieser Angelegenheit zu hören, bevor es zum Entwurfe definitive Stellung nimmt. Der Regierungsvertreter richtete deshalb an den Ausschuß das Ersuchen, der Regierung die Möglichkeit zu geben, vorerst das Gutachten des Obersten Sanitätsrates zu erlangen, bevor sie definitiv zu diesem Entwurf Stellung nehme. — Ministerialrat Schauer vom Justizministerium bemerkte, der Entwurf behandle sehr wichtige Fragen, die in den Bereich des Zivil- und Strafrechts eingreifen. Es handle sich zum Teil um äußerst schwierige Fragen, wie insbesondere jene des ärztlichen Berufsgeheimnisses, in welchen öffentliches und privates Interesse berührt werden. Es könne daher vom Standpunkte der Justizverwaltung nur begrüßt werden, wenn der Oberste Sanitätsrat der Regierung mit seinem erleuchteten Gutachten helfe, den richtigen Weg durch dieses schwierige Terrain zu finden.

Abg. Dr. Heilinger bedauert, daß sich die Regierung gegen den Entwurf ablehnend verhalte, der das Produkt der Beratungen der Ärztekammern darstelle und nicht ignoriert werden dürfe. Er stellte den Antrag, die Regierung zu ersuchen, den Obersten Sanitätsrat zu beauftragen, das bezügliche Gutachten ehestens vorzulegen.

Es sprechen zu dem Gegenstande noch die Abgeordneten Winter, Hrasky, Velich, Zemlicka und Dr. Stachura, worauf seitens des Ausschusses der Beschluß gefaßt wurde, die Regierung aufzufordern, ehebaldigst das Gutachten des Obersten Sanitätsrates über den Antrag auf Schaffung einer Ärzteordnung dem Sanitätsausschusse vorzulegen.

---

12. Blindenlehrerkongreß in Hamburg.

(Schluß.)

Das Thema: „Empfiehlt sich in Blindenanstalten das Fachlehrer- oder Klassenlehrersystem?" erörterte Blindenlehrer Schorcht, Chemnitz. Die von ihm behandelten Leitsätze lauteten:

1. Ohne weiteres sind dem Klassenlehrerunterrichte die unteren und mittleren Schulklassen, vielleicht bis zum 10. bis 11. Lebensjahre, zuzuweisen. Die technischen Stunden, als Flechten, Bauen, Sortieren, Selbstbedienen, können von hiezu geeigneten Kindergärtnerinnen, geschulten Pflegern und Pflegerinnen usw. erteilt werden.

2. Dem Fachlehrersystem werden ohne weiteres die Fächer zuerteilt, in denen sich eine Zusammenlegung verschiedener Klassen zur Erteilung einer Stunde als wünschenswert oder nötig zeigt: Singen und Turnen bezw. Bewegungsspiele.

3. Liegt die Erziehung der Schüler einer Klasse in den Händen eines Lehrers, so ist eine fortgesetzt genaue Beobachtung des körperlichen und geistigen Zustandes möglich und eine individuell-erzieherische Einwirkung auf Herz und Gemüt des Zöglings erleichtert.

4. Dadurch, daß sich im Fachlehrerunterrichte der Lehrer durch jahrelange Übung und durch ein Überschauen des Lehrstoffes mehrerer Klassen und Einarbeiten in denselben einen klaren und weiten Blick über den von ihm zu erteilenden Unterrichtszweig verschafft, ist eine intensive Sicherung der für das Fach nötigen Grundbegriffe und allgemeinen Lehrsätze und eine leichtere Ausscheidung aller überflüssigen Momente durchführbar.

5. Da beide rein durchgeführten Systeme gegeneinander gehalten Vorteile und Nachteile ergeben, ist eine Verschmelzung beider Systeme in den oberen Klassen für Schule und Anstalt von hohem Werte. — Dem Klassenlehrerunterrichte werden zugewiesen: Religion, Deutsch und Rechnen, vielleicht auch Geographie und Geometrie mit Zeichnen. Für Fachlehrer kommen in Frage: Modellieren, Holzarbeiten, Naturlehre und Naturgeschichte.

In der sich daran anschließenden Aussprache bemerkte Blindenlehrer Grasemann, der Lehrer müsse im Unterrichte in der Hauptsache sein Augenmerk auf die Psychologie des Kindes richten.

Direktor Lenderink, Amsterdam, hielt einen Vortrag über die Fürsorge der Blinden in den holländischen Kolonien. Er wies darauf hin, daß seit 25 Jahren ein Verein zur Verbesserung des Loses der Blinden in Holland und in den Kolonien bestehe. Dieser Verein habe in Java die erste Blindenanstalt in den Kolonien errichtet, in der zurzeit 123 Blinde, Kinder und Erwachsene, untergebracht seien. Der Redner schildert dann eingehend die Verhältnisse der Blinden auf Java. Eine Statistik gebe es dort noch nicht, doch könne man annehmen, daß der Prozentsatz 1 pro Mille betrage. Er sei deshalb so hoch, weil im Lande nur äußerst wenige Augenärzte ansässig seien. Der Malaie lasse den Blinden zwar nicht verhungern, er gebe ihm eine Handvoll Reis, womit er für den ganzen Tag auskommen müsse, doch für die geistige Erziehung der Blinden tue er nichts. Ein Blinder aber, der nichts könne und gar nicht wisse, wie er die Zeit vertreiben soll, sei wirklich höchst beklagenswert. Sein Bestreben sei



es, die Kolonialregierung zu veranlassen, daß sie ein Institut zur Ausbildung von Augenärzten errichte.

Die Versammlung ließ nun eine Frühstückspause eintreten, nach deren Ablauf W. Vogel, Hamburg, folgenden Antrag zur Steuerung des Unwesens und der schädlichen Begleiterscheinungen von sogenannten Blindenkonzerten stellte: Der XII. Blindenlehrerkongreß möge folgendes beschließen: Im Interesse der leistungsfähigen blinden Musiker ist es erforderlich, daß die Leiter und Lehrer der Blindenanstalten und Fürsorgevereine im Sinne der von Herrn Direktor Mohr auf dem XI. Blindenlehrerkongreß zu Halle a. S. eingebrachten Resolution alle Maßnahmen ergreifen, welche geeignet sind, die auf raffinierte geschäftsmäßige Ausbeutung blinder Musiker sowie des „öffentlichen Mitleids“ basierender Unternehmungen sogenannter Impresarios zu unterdrücken. Im gleichen Maße ist es aber erforderlich, daß den leistungsfähigen blinden Musikern, welche durch Konzertieren sich eine eigene Existenz oder ein Nebeneinkommen zu erwerben bestrebt sind, seitens der Anstaltsleiter und Vorsteher der Fürsorgevereine Mittel und Wege geboten werden, durch welche es ihnen ermöglicht wird, selbständig oder durch Vermittlung einer geeigneten Musikalienhandlung Konzerte zu veranstalten.

Der Antrag wurde von der Versammlung der ständigen Kommission zur weiteren Maßnahme überwiesen.

Direktor Mey, Halle, erstattete sodann Bericht über die Ausführungen der Beschlüsse des XI. Blindenlehrerkongresses.

Als letzter Gegenstand wurde Beschluß gefaßt über die Wahl des nächsten Kongreßortes. Von Wien war eine sehr dringende Einladung ergangen, im nächsten Jahre dort zu tagen: auch Hannover hatte eingeladen. Die Versammlung beschloß, den XIII. Blindenlehrerkongreß 1908 in Wien abzuhalten; wenn sich aber noch eine Änderung einstellen sollte, Hannover zu wählen.

Damit war das gesamte Beratungsprogramm erschöpft. Der Präsident Direktor Merle richtete an die Teilnehmer ein herzliches Schlußwort, in dem er die Hoffnung aussprach, man möge aus den Beratungen und Beschlüssen den rechten Gewinn ziehen, wenn man wieder an die stille Arbeitsstätte zurückgekehrt sei. Wenn auch einmal ein Schatten auf den Weg falle, so wolle man doch dafür sorgen, daß wieder Licht würde. Die Regierungen haben an den Verhandlungen gesehen, daß man mit Interesse die hohen Bestrebungen weiter verfolge, sie werden es daher auch in Zukunft gewiß nicht an ihrem Wohlwollen fehlen lassen. Der Redner schloß mit warmen Dankesworten für die Unterstützung durch die Presse, sowie an die Sektionen für deren Mitarbeit und gemahnte daran, man möge auch fernerhin fest zusammenstehen. „Auf Wiedersehen in Wien!“

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Alsdann hält Haldane, Physiologe an der Universität Oxford, einen interessanten Vortrag über neuere Untersuchungen über die Hygiene der Arbeiter unter der Erde und unter dem Wasser. Er führte ungefähr folgendes aus: Die Arbeiten unter dem Erdboden und unter dem Wasser bringen den Arbeiter in neue Bedingungen, verursacht durch das Medium und die Umgebung. Ihre Arbeit hygienisch und für die Gesundheit nicht schädigend zu gestalten, ist Aufgabe der Wissenschaft. Die britische Admiralität hat vor zwei Jahren zum Studium der Taucherarbeiten eine Kommission eingesetzt, der auch der Vortragende angehörte. Die Resultate derselben sind in einem Blaubuch veröffentlicht worden. Der Redner beschreibt zunächst die englischen Taucheranzüge, wobei die Luftzufuhr zu dem Taucherhelm so geregelt ist, daß der Luftdruck im Helm gleich oder etwas größer ist als der den Helm umgebende Wasserdruck. Bei 10 Meter Tiefe atmet der Taucher Luft von 1 Atmosphärendruck, bei 20 Meter Tiefe arbeitet der Taucher ohne jede Beschwerden und ganz bequem, während bei 40 bis 50 Meter Tiefe sich solche bemerkbar machen: in Form von Kurzatmigkeit. Unter normalen Verhältnissen ist der Druck der Kohlensäure in der Luft der Lungenbläschen konstant. Ebenso ist dies der Fall, wenn der Atmosphärendruck in beliebiger Höhe sich verändert. Den Tauchern sind Änderungen des partialen Sauerstoffdruckes sozusagen ungefährlich. Nur wenn er unter zwei Drittel des Normalmaßes heruntergeht, reagiert das Atmungszentrum durch Atembeschwerden. Wenn die Kohlensäure der Einatmungsluft nicht über 3 % während der Arbeit hinausgeht, so spürt der Taucher keine Belästigungen. Immerhin muß aber das ihm zugeführte Luftquantum im Verhältnis zu dem Wasserdruck, unter dem er sich befindet, stehen. Einem englischen Leutnant ist es gelungen, bei 65 Meter Tiefe unter diesen Bedingungen ohne jede Beschwerde zu arbeiten, und zwar konnte er innerhalb zweier Minuten diese Tiefe leicht erreichen, was bisher noch nie beobachtet und riskiert worden ist. Doch ist es sehr gefährlich, einen Taucher, der ohnmächtig geworden ist, rasch an die Oberfläche zu befördern, weil die Druckverhältnisse sich nicht so rasch ausgleichen können. Im Anschlusse daran macht Haldane Mitteilungen über den Kohlensäuregehalt der Luft in den Bergwerken und Minen. Er sucht an Hand von Tabellen, die das Resultat seiner und anderer Forschungen wiedergeben, nachzuweisen, daß die hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern bei Bergarbeitern, speziell bei Gold-, Zinn-, Kupfer- und Bleibergwerken auf Tuberkulose, und nicht auf chemische Veränderungen der eingeatmeten Luft zurückzuführen sind, während bei Kohlenbergwerksarbeitern Tuberkulose relativ selten vorkommt. Nach dieser Abschweifung kehrt Redner zu den Tauchern zurück. Er betont, daß die Hauptgefahr dem Taucher erwächst nicht beim Hinabsteigen in die Meerestiefe, sondern bei seiner Rückkehr zur Oberfläche. Die Hauptsymptome bestehen bekanntlich in leichten Gliederschmerzen (bei englischen Arbeitern unter dem Namen „Bends“ bekannt), vorübergehenden oder andauernden Lähmungen und Atmungsstillstand. Vor 30 Jahren hat schon Bert nachgewiesen, daß diese Symptome durch Freiwerden von Gasbläschen in den Blut- oder Körpergeweben verursacht werden. Neuere Experimente in London an Menschen und Tieren angestellt, erklären diese Erscheinung insofern, als der Stickstoff von dem Fett der Körpergewebe sehr gierig aufgenommen wird, und zwar sechsmal mehr als vom Blut. Bei den Experimenten dienten die Verhältnisse, wie sie sich bei sogenannten „Caissonarbeiten“ darbieten, als Vorbild. Es stellte sich heraus, daß bei einem Druck von weniger als 2 Atmosphären keinerlei Beschwerden auftreten, ebenso, daß es ungefährlich ist, von zwei Atmosphären plötzlich auf eine Atmosphäre, von vier auf zwei, von sechs auf drei Atmosphären herunterzugehen! Auf diese experimentellen Erfahrungen gestützt, hat nun die englische Marine Vorschriften erlassen für die Arbeit und den Schutz der Taucher, die sich bereits bestens bewährt haben.

Nun kehrt der Redner wieder zu den Minenarbeiten zurück und bespricht zunächst die Temperaturverhältnisse in den Bergwerken. Er hält daran fest, daß die Ursache der krankhaften Erscheinungen, die sich bei den Bergarbeitern zeigen, in der übermäßigen Hitze in den Tiefen zu suchen ist. Damit ein Bergwerksarbeiter ohne Beschwerden arbeiten könne, darf die Temperatur nicht über 27 Grad Celsius steigen. In England legt oft der Arbeiter die Arbeit nieder, wenn er sich durch das Ansteigen der Hitze auch nur einigermaßen unbehaglich fühlt. Es kommt also auf eine gute Ventilation in den Bergwerken an. Wird diese aber übertrieben, so ist dies eher schädlich, da die Luft zu trocken und dadurch zu heiß wird. Haldane schließt seine mit großem Beifall aufgenommene Rede mit einem Appell an die Hygieniker, in jedem Industriezweig Hand in Hand mit den Industriellen und Ingenieuren zu gehen, ihnen mit ihrem Rat zum Wohle der Arbeiter zur Seite zu stehen.

Angelegentlich der Wiederkehr des Geburtstages Pasteurs wird einmütig das Absenden eines Telegramms an die Witwe beschlossen.

In der fünften Sektion sprach Reichstagsabgeordneter Dr. Mugdan, Berlin, über die Krankenversicherung und ihr sanitärer Erfolg. Er führte aus, daß unter den für die Hebung der Volksgesundheit in Betracht kommenden Einrichtungen in Deutschland die Organe, welche sich die Durchführung der Krankenversicherung zur Aufgabe stellen, also die Krankenkassen und die Gemeindekrankenversicherungen, die erste Stelle einnehmen. Die Leistungen der Krankenversicherung sind einmal für die Krankheitsheilung, dann für die Verhütung neuer Krankheiten bestimmt und schließlich für die pekuniäre Unterstützung der Versicherten und ihrer Angehörigen. Die Krankenversicherung gewährt vom Beginne der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel. Unter Mitwirkung der Ärzte ist die ärztliche Hilfe der Versicherten immer vollkommener geworden und ebenso die Krankenfürsorge. So stehen den Versicherten Spezialisten aller Art zur Verfügung und ebenso die verschiedensten Methoden der modernen Heilkunde. Vollkommen wird die ärztliche Versorgung der Versicherten erst dann sein, wenn jeder Arzt zur Kassenpraxis zugelassen sein wird, der sich vorher zur Beobachtung bestimmter, zwischen ihm und der Kassenverwaltung vereinbarter Bedingungen verpflichtet hat und jedem Kassenmitgliede, das ärztliche Hilfe notwendig hat, die Wahl unter diesen Ärzten freisteht. Die Krankenversicherung gewährt auch Krankenhauspflege, ist aber nicht gezwungen, es zu tun. Die Angehörigen eines im Krankenhause Untergebrachten erhalten eine Geldunterstützung und auch ihm selbst kann eine solche gegeben werden. Außer von Krankenhäusern und Sanatorien aller Art machen die Träger der deutschen Krankenversicherung sehr viel von Genesungsheimen und Walderholungsstätten Gebrauch. Es sind mit dem Allernotwendigsten ausgestattete Plätze in Wäldern, die in der Nähe großer Städte liegen. Sie dienen dazu, geeigneten Kranken ein Aufenthalt während des Tages zu sein; sie haben sich sehr bewährt bei Tuberkulösen leichterer Art, bei Nervenkranken, Bleichsüchtigen und Rekonvaleszenten. Die Geldentschädigungen der Krankenversicherung bestehen in einem, mindestens 26 Wochen zu gewährenden Krankengelde, das mindestens die Hälfte des ortsüblichen Tageslohnes betragen muß, in der Angehörigenunterstützung für Angehörige eines im Krankenhause Untergebrachten, im Mindestbetrage des halben Krankengeldes, in einer, den Wöchnerinnen für sechs Wochen zustehenden Wöchnerinnenunterstützung in Höhe des Krankengeldes und in einem Sterbegelde im Mindestbetrage des Zwanzigfachen des durchschnittlichen Tageslohnes. In den Jahren 1885—1890 hatte die deutsche Krankenversicherung ausgegeben: für Krankengeld 1.114,629.489 Mark, für Ärzte 514,803.920 Mk., für Heilmittel 402,757.651 Mk., für Anstaltspflege 303,061.148 Mk., für Wöchnerinnenunterstützung 36,543.672 Mk. und für Sterbegeld 83,763.839 Mk.

Des weiteren beschäftigte man sich in dieser Abteilung mit der Bekämpfung der Tuberkulose.

Dr. Wiggs, New York, verlangte, daß in dem Kampfe gegen die Schwindsucht die städtischen Gesundheitsbehörden unbeschränkte Macht haben. Sie sollten befugt sein, ausgedehnte erzieherische Maßnahmen zur Durchführung zu bringen, und zwar auf folgende Weise: Durch die öffentliche Presse, durch die Verbreitung von Flugschriften, durch die öffentliche Schaustellung solcher Sachen, die bei der Schwindsucht und deren Verhütung gebraucht werden, in Verbindung mit öffentlichen Vorträgen, durch Vorträge in den Volksschulen und Kirchen, in den Arbeiterorganisationen und Wohltätigkeitsanstalten.

Auf jede Weise sollte die Gefahr der Tuberkulose der Bevölkerung zur Kenntnis gebracht werden. Notwendig sei die gesetzliche Anzeigepflicht aller Fälle von Tuberkulose an die Gesundheitsbehörde, ebenso die Anzeige an die Behörde, wenn Tuberkulöse verziehen oder sterben. Alle angemeldeten Fälle sollen auf besonders angefertigten Plänen der Stadt markiert werden, damit die Verbreitung der Tuberkulose festgestellt wird. Durch die Gesundheitsbehörde soll die Wohnung eines Tuberkulösen beim Verzuge oder beim Tode desinfiziert werden. In besonders schwierigen Fällen soll nicht erlaubt werden, daß neue Mieter in die Wohnung ziehen, ehe sie nicht gehörig renoviert ist. Die Tuberkulösen sollen von medizinischen Inspektoren oder durch geprüfte Krankenpflegerinnen ständig überwacht werden. Ferner sollen Spezialanstalten für Tuberkulöse geschaffen werden, wo in Zweifelsfällen außer der gebräuchlichen physikalischen Untersuchung durch Tuberkulineinspritzungen oder Röntgenuntersuchungen die Diagnose erleichtert würde. Ferner sollten Krankenhäuser geschaffen werden für die Aufnahme, Klassifikation und weitere Verteilung der Fälle. Innerhalb der Stadt sollten Krankenhäuser für vorgeschrittene Fälle errichtet werden, während auf dem Lande Sanatorien für Fälle im Anfangsstadium angelegt werden müßten. Auch Kolonien auf dem Lande für Rekonvaleszenten seien sehr empfehlenswert. Die Überführung ins Krankenhaus sollte dann erfolgen, wenn nötig mit Gewalt, wenn die Tuberkulösen eine besondere Gefahr der Ansteckung bilden. Die Nahrung sollte stets unverfälscht sein. Fleisch, Milchkühe, Milch, Butter sollten regelmäßig untersucht und alles, was tuberkulös ist, sollte ausgeschlossen werden. Alle städtischen Beamten, Polizeidiener, Feuerwehrleute, Telephon- und Postbeamte sollten, da sie fortwährend mit dem Publikum in Berührung kommen, sorgfältig überwacht werden, ebenso solche Personen, die in gesundheitsschädlichen Gewerbebetrieben arbeiten. Tuberkulöse Kinder sollten von den öffentlichen Schulen ausgeschlossen werden. Wenn ein Tuberkulosefall in einer Familie vorkommt, sollten alle Familienmitglieder untersucht und über die Ansteckungsgefahr belehrt werden. Die Großindustriellen sollten für eine frühzeitige Erkennung der Tuberkulose sorgen. Die gesetzliche Regelung dieser gerechten Maßnahmen, die von den Gesundheitsbehörden vorgeschrieben und überwacht werden sollten, schließt natürlich nicht andere, wichtige aber indirekte Maßnahmen aus, die zum Kampfe gegen die Tuberkulose gehören, wie z. B. die Errichtung von Häusern mit sanitären Wohnungen für die Arbeiterklasse, die genügend Licht, Ventilation, Luftraum usw. haben.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Die Infektionswege der Tuberkulose. Von A. Most, Breslau.

Beim Studium der Infektionswege der Tuberkulose sind zwei Fragen zu beantworten: einmal, welches sind die häufigsten und hauptsächlichsten Eintrittspforten des Tuberkelbazillus in den menschlichen Körper; und zweitens, auf welchem Wege dringt der Tuberkelbazillus für gewöhnlich im Organismus weiter vor? — Es sollen also lediglich die gewöhnlichen Wege der natürlichen, menschlichen Tuberkuloseinfektion besprochen werden, keine Ausnahmen oder theoretische Möglichkeiten. Fernerhin schließt Vortr. auch die hämatogene Tuberkulose (die Knochen- und Gelenktuberkulose, die kongenitale und miliare Tuberkulose) aus dem Rahmen der Besprechung aus; er erörtert die Infektionswege der Lungentuberkulose, der Darmtuberkulose und jene der Tuberkulose der Hals-, Achsel- und Leistendrüsen.

Bei den Infektionswegen der Lungentuberkulose bespricht Vortr. zunächst kritisch die hauptsächlichsten Infektionshypothesen und beginnt mit der Annahme des Bazillentransportes von den Hals- und Rachenorganen über das tiefe Halslymphgebiet einerseits direkt hinab zur Pleurakuppe und andererseits in das Thoraxinnere hinein zu den Bronchialdrüsen. Auf Grund seiner umfangreichen und eingehenden Lymphgefäßuntersuchungen kommt Vortr. zu dem Schluß: Lymphbahnen, welche vom tiefen Halslymphgebiet hinab zur Pleurakuppe oder zu den Bronchialdrüsen führen, existieren nicht und auch die pathologisch-anatomischen Befunde sprechen gegen die gedachten Infektionswege.



Vortr. erörtert weiterhin die intestinalen Infektionswege der Lungentuberkulose und kommt somit auf die Darmtuberkulose überhaupt zu sprechen. Er weist nach, daß für die intestinalen Infektionswege die Lymphbahnen vor allem und allein in Frage kommen und daß der Lymphweg lediglich über die mesenterialen und retroperitonealen Drüsen zum Ductus thoracicus führt, daß direktere Verbindungen des Darmes weder mit den Bronchialdrüsen noch mit den Lungen vorhanden sind.

Bei der Hypothese der sogenannten lymphogenen Phthisiogenese kommen lediglich die bekannten anatomischen Bahnen in Betracht, welche die gesamte Lymphe geht, nämlich jene über die vorgeschalteten Drüsen zum oberen Hohlvenensystem und alsdann weiterhin durch das rechte Herz in den kleinen Kreislauf. Bei diesem Infektionsgang müßten aber die vorgeschalteten (Hals-, Mesenterial- usw.-) Drüsen angesichts der hohen Frequenz der Lungentuberkulose außerordentlich viel häufiger manifest erkranken, als dies in Wirklichkeit geschieht.

Vergleichende anatomische Untersuchungen haben Vortr. ferner zu der Überzeugung geführt, daß der Drüsenapparat bei Kaninchen und Meerschweinchen viel weniger gegliedert ist als jener des Menschen, so daß eine Infektion im Experiment wohl viel ungehinderter und rascher fortschreiten kann, als beim Menschen. Es sind somit die Resultate des Experimentes nur mit Reserve und Vorsicht auf die natürliche menschliche Tuberkulose zu übertragen.

Vortr. kommt auf diese Weise per exclusionum auf die Inhalationstheorie zurück und führt schließlich alle experimentellen und pathologisch-anatomischen Beweisstücke für dieselbe ins Feld.

Die Tuberkulose der Hals-, Achsel- und Leistendrüsen entsteht durch eine Infektion vom regionären Quellgebiete der jeweiligen Drüsengruppen aus. Die Ätiologie der Halsdrüsentuberkulose ist nach den persönlichen Erfahrungen des Vortr. bei Operationen in etwa einem Drittel der Fälle auf eine Infektion von den vorderen Gesichtspartien aus (skrophulöse Ekzeme um Mund, Nase, Auge) und in reichlich zwei Drittel auf eine Infektion von den Schleimhautauskleidungen der oberen Luft- und Verdauungswege zurückzuführen, und hier sind Gaumen- und Rachenmandel von hervorragendster Bedeutung. — Bei der Ätiologie der Achseldrüsen weist Vortragender an der Hand von Beobachtungen auf Pleura und Mamma als infizierendes Gebiet hin. (Fortschritte der Medizin Nr. 6, 1908.)

*

Chirurgische Syphilis. Von F. Karewski. (Forts.)

Im Gesichte und auf der Stirn kann die Entscheidung darüber, ob gummöse oder krebsige Hautzerstörung (Ulcus rodens) vorliegt, häufiger die Benutzung des Mikroskopes erfordern, wobei zu bemerken, daß sicherlich so manchesmal das Kankroid sich auf dem Boden der syphilitischen Ulzeration entwickelt hat, also die lokale operative Behandlung mit der medikamentösen Beeinflussung immer dann am Platze ist, wenn andere Anzeichen für überstandene Infektion sprechen. Die schönste Plastik kann zuschanden werden, wenn man diesen Rat nicht befolgt, so manche allerdings auch vermieden werden, wenn man statt mit dem Skalpell mit Quecksilber und Jod bei der Hand ist. Weit um sich greifende Hautkankroide zeigen nie eine bessere Heilungstendenz, als wenn sie sekundär auf der Basis luetischer Geschwüre entstanden sind.

Alle die genannten Hautprozesse kommen häufig spontan zur Heilung, gerade ihre Narben mit ihrer rundlichen oder strahligen Form, mit ihrer gänzlichen, als schneeweiße Felder sich präsentierenden Pigmentlosigkeit (Leukoderma), oder auf der anderen Seite mit ihrer rot- bis dunkelbraunen Färbung, vor allem aber mit ihrer Lokalisation gehören zu den wertvollsten differentiell-diagnostischen Erscheinungen.

An der Schleimhaut interessieren den Chirurgen im wesentlichen gummöse Infiltrate bezw. deren Zerfall im Munde und im Mastdarm. Allerdings kommt es vor, daß Primäraffekte an der Lippe, an der Zunge oder sogar am Gaumen die Vermutung eines krebsigen Geschwürs wachrufen. Es ereignet sich auch wohl, daß die ersten Beschwerden einer infizierten Frau, von der durch Kontiguität erkrankten Analspalte herrührend, sie zum Arzt führen, der dann alle Zeichen einer tiefen ulzerierten Fissur findet. Ferner sieht man in Ausnahmefällen Rektovaginalfisteln, die einem Durchbruche eines in der hinteren Kommissur des Introitus vulvae sitzenden Schankers ihre Entstehung verdanken, aber die Natur aller dieser Gebilde dürfte eigentlich nur dem oberflächlichen Untersucher entgehen.

In der sekundären Periode entstehende blutig-eitrige Mastdarmkatarrhe mit Geschwürbildung können unter Umständen mit Tuberkulose verwechselt werden. Viel wichtiger und schwieriger zu beurteilen sind der Spätsyphilis angehörende Formen, welche namentlich an den Mundwinkeln, der Zunge, dem Gaumen, der Tonsillen, aber auch im Rektum Gebilde und Symptome erzeugen, die durchaus den Karzinomen gleichen. Diffuse harte Infiltration der Gewebe, drüsige, warzige Exkreszenzen, disseminierte, harte, an der Oberfläche sitzende Knötchen, größere, in die Tiefe gewucherte oder aus der Tiefe zur Oberfläche vorgedrungene, rundlich höckerige Geschwülste, kraterförmige Ulzerationen mit eitrigem Grunde, schwere Beweglichkeit der Teile, lanzinierende Schmerzen, Schwellung der sympathischen Drüsen, sind beiden, wenn auch in wechselnder Häufigkeit und Intensität, eigentümlich. Beide rufen im Mastdarm Störungen der Defäkation, Wechsel zwischen Diarrhoe und Obstipation, Tenesmus, hämorrhagisch-purulente Ausflüsse hervor, führen schnell Verfall der Körperkräfte herbei. Auch bei Entwicklung im Munde bei Rauchern, auf der Basis einer Leukoplakie, selbst ihr Sitz ist nicht für die Differentialdiagnose verwertbar. Zudem ist eine schnelle Entscheidung mit Rücksicht auf den schwerwiegenden Unterschied in der Prognose, sowie auf die Wege der Therapie, die ja gerade hier mit äußerst energischen, operativen Eingriffen zu rechnen hat, dringend nötig.

Wir kennen bei Abwesenheit sonstiger, Syphilis wahrscheinlich machender Symptome, bei negativem Ausfall der Blutuntersuchung nur recht wenige, aber recht bedeutungsvolle Merkmale. Symmetrische Erkrankung beider Mundwinkel gehört bei Karzinom zu den Seltenheiten, ist bei Lues nicht ungewöhnlich. Schnelles und in die Unterfläche der Zunge fortschreitendes Wachstum des Tumors beobachtet man bei Zungenkrebs viel häufiger als bei Gummi, das mehr stationäre Größe behält (v. Esmarch). Sitz des Aftergebildes in der Gegend der Alveolarfortsätze und an der Umschlagsfalte der Beckentasche ist ungewöhnlich bei luetischer Herkunft, während die Mehrzahl der epithelialen Geschwülste dort ihren Ausgang nimmt. Ferner kommt der schon von Langenbeck hervorgehobene Umstand in Betracht, daß das Syphilom der Mukosa aus mehreren Einzelknoten besteht oder durch Konfluenz derselben entstanden ist, während Karzinome, zunächst wenigstens, mehr solitär auftreten. Auf der anderen Seite gibt deren unebene knotige Form wieder Ursache zur Verwechslung, da aus dicht gruppierten kleineren Gummen genau dieselbe Beschaffenheit resultieren kann. Ähnlich steht es mit der diagnostischen Verwertung des Entstehungsmodus. Die krebsige Entartung der Schleimhaut des Mundes, der Zunge und des Gaumens beginnt an der Oberfläche und wandert in die Tiefe, während das Gummi anfangs einen von glatter Mukosa überzogenen Tumor bildet und erst sein Aufbruch das hartnäckige Geschwür herbeiführt, dort ist also die Ulzeration das Primäre, hier das Sekundäre; aber manchmal manifestiert sich auch der Krebs zunächst als submuköse Infiltration der Zunge. Das gleiche Verhältnis hat für das Palatum seine Gültigkeit, selbst die bei Lues stets vorhandene ostale Beteiligung ist dann nicht verwertbar, wenn es sich um eine von der Highmorshöhle durchgewachsene maligne Geschwulst handelt. Natürlich verwischen sich derartige Sigma um so mehr, je länger die Krankheit besteht. In allen diesen Fällen sollte niemals die mikroskopische Untersuchung durch Probeexzision bis in die Mitte und Tiefe des suspekten Ulkus reichender Partikel unterlassen werden. Die aus den Randpartien ent-



nommenen Teile sind ohne Beweiskraft, weil, wie schon erwähnt, auch an der Grenze alter gummöser Gebilde Konkroide oder doch wenigstens diesen täuschend ähnliche, epitheliale Wucherungen auftreten. In dieser Hinsicht wird leicht fehlerhaft verfahren, zum Schaden der Patienten.

Häufig ist K. in die Lage gekommen, Rezidive von in Rußland operierten Karzinomen der Mundschleimhaut zu begutachten. Es hatte sich in und neben der Narbe sehr kurze Zeit nach der Heilung starre Infiltration mit Unebenheiten entwickelt. Es bestand Kieferklemme, man konstatierte submaxilläre Drüsenschwellung, kurz alle Zeichen des Karzinomrezidivs, meist so ausgedehnter Natur, daß weitere Eingriffe untunlich waren. Dreimal hat es sich hiebei um gummöse Infiltrate gehandelt, zweimal bei Leuten, die keine anderen Zeichen der Syphilis an sich trugen und von einer Infektion keine Ahnung hatten. Das Mikroskop bewies, daß auch exstirpierte Syphilome an der Stelle der ersten Entstehung von neuem aufschießen können, und das Jodkali bewerkstelligte, was die Operation nicht hatte leisten können.

Von den Erkrankungen der Muskeln kennen wir drei Arten, die zum Aufsuchen chirurgischer Hilfe Anlaß geben. Diffuse rheumatoide, überall am Körper sich äußernde Schmerzen kennzeichnen die eine, welche meist in der Zeit florider Erscheinungen, indessen auch späterhin beobachtet wird, keine palpabeln Veränderungen aufweist, durch Fieberlosigkeit und trotz alledem durch schwere Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes sich auszeichnet. Schmerzloser, aber mit größeren Störungen der Funktion gestalten sich andere, als deren Substrat eine diffuse Myositis von Js. Neumann erkannt ist. Sie macht Kontrakturen durch Muskelverkürzung und führt, wenn nicht rechtzeitig behandelt, zu fibröser Degeneration, so die Brauchbarkeit des Gliedes dauernd vernichtend.

Zu diagnostischen, und zwar zu schwerwiegenden Fehlern von chirurgischer Seite kann eigentlich nur die dritte Form, das typische Muskelgummi, Ursache werden. Kein Muskel ist gegen dasselbe immun. Es befällt aber mit Vorliebe den Sternokleidomastoideus und ist hier schon durch seinen Sitz pathognomonisch. Ganz anders liegen die Verhältnisse an den Extremitäten, wo die luetische Geschwulst durch ihre diffuse Ausbreitung, durch ihre Beziehungen zum Knochen, durch ihre den Sarkomen analoge Gestaltung, durch ihr hin und wieder immenses Wachstum wohl gelegentlich die Erwägung einer Amputation oder Exartikulation des Gliedes veranlassen kann — diese Operation sogar veranlaßt hat. (Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 20. März 1908.

Hans Horst-Meyer: Über den Antagonismus der Gifte. Der Antagonismus ist ein unmittelbar chemischer oder konkurrierender durch gegenseitige Verdrängung oder ein mittelbar physiologischer. Das Tierexperiment muß in den meisten Fällen erst den Antagonismus beweisen, da nur der erste Typus der Gifte aus der chemischen Zusammensetzung erschlossen werden kann. Im unmittelbar chemischen Typus verbinden sich Gift und Gegengift zu indifferenten Stoffen. Beim zweiten Typus wirken Gift und Gegengift, ohne einander selbst zu beeinflussen, auf ein Organ entgegengesetzt ein, z. B. wirken Atropin (lähmend) und Pilokarpin (anregend) auf glatte Muskelfasern und das Herz usw. In den meisten Fällen überwiegt die hemmende Wirkung des Giftes, es kann aber auch umgekehrt das erregende Gegengift schneller wirken. Schwierig ist die Klärung des Zusammenhanges dort, wo der Angriffspunkt im Zentralnervensystem liegt, z. B. Morphium und Blausäure (lähmend) und Atropin (erregend), Chloralhydrat und Alkohol (lähmend) und Koffein, Morphium und Pikrotoxin (erregend), ferner gibt es die Temperatur steigernde und herabsetzende Antagonisten. Ungeklärt sind noch die Vorgänge, wenn ein motorisches Neuron oder ein motorisches Feld von zwei Punkten eine einander entgegengesetzte (hemmende und auslösende) Impulse erhält. Beim dritten Typus des Antagonismus wirken Gift und Gegengift auf physiologisch antagonistische Apparate. Unter dem Einflusse des vegetativen autonomen Nervensystems stehen die Muskeln, Gefäße, Drüsen, die schon in der Norm hemmenden und fördernden Einflüssen des Nervensystems ausgesetzt sind. Das vegetative Nervensystem besteht: 1. Aus Nervenfasern, die aus dem Mittel- und Hinterhirn entspringen und mit dem Okulomotorius, Fazialis, Glossopharyngeus und Vagus eine Strecke weit verlaufen; 2. aus Nervenfasern, die aus dem Rückenmarke bis zum vierten Lumbalnerven entspringen und in den Grenzstrang des Sympathikus übertreten, und 3. aus dem N. pelvicus, der aus dem Sakralmarke entspringt und das Kolon, die Harnblase und das Genitale versorgt. Das vegetative System des Grenzstranges versorgt den ganzen Körper, wobei es die beiden anderen Systeme zu Antagonisten hat. Die kranialen und sakralen autonomen Nerven werden in ihren Endapparaten durch pilokarpinartige Gifte erregt, durch atropinartige gelähmt, während das sympathische Nervensystem von diesen Giften nicht beeinflußt wird. Die sympathischen Nervenendapparate werden dagegen von Adrenalin und Kokain erregt, von anderen Giften, wie Kodein gelähmt. Ein Organ, welches von den beiden antagonistischen Nervengruppen, einerseits der kranialen und sakralen, andererseits der sympathischen, versorgt wird, kann durch verschiedene Gifte und Gegengifte in antagonistischem Sinne beeinflußt werden, so können z. B. die Gefäße durch Pilokarpin verengt, durch Kokain oder Adrenalin erweitert werden. Über den Antagonismus der inneren Sekrete, z. B. die Gegenwirkungen des Pankreas und Nebenniere auf die Glykogenfunktion der Leber, Rinde und Mark der Nebennieren, Schilddrüse und Geschlechtsdrüse auf den Stoffwechsel, wissen wir nur sehr wenig, ebenso über das Wesen ihrer Wirkung.

i. m.

IV. Literatur.

Einige wichtige Fragen aus der Physiologie und Pathologie der Zirkulation und ihrer Organe. Von Prof. Moriz Benedikt. Sonderabdruck aus der „Wiener Klinik“ 1907. Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien.

Seit der epochemachenden Entdeckung des (großen) Blutkreislaufes durch William Harvey bilden die Kreislauforgane fast unausgesetzt den Gegenstand eingehender wissenschaftlicher Untersuchungen.

Am meisten gefördert wurden unsere Kenntnisse über die Physiologie und Pathologie des Kreislaufes und dessen Organe bekanntlich im abgelaufenen Jahrhundert und zwar namentlich durch den berühmten Leipziger experimentellen Pathologen Karl Ludwig (1816—1895) und seine über die ganze Welt zerstreuten Schüler. Immerhin ist auf diesem Gebiete noch eine Anzahl Fragen teils ungelöst geblieben, teils aber nicht ganz einwandfrei klargestellt. Hier sucht nun obige, von Prof. Benedikt, dem bekannten Wiener Neurologen und Biomechaniker vor kurzem erschienene, sehr anregende Schrift einzusetzen, in welcher er zum guten Teil Anschauungen vertritt, die er schon seit Jahrzehnten wiederholt öffentlich ausgesprochen und in verschiedenen Aufsätzen niedergelegt hat, welche aber nichtsdestoweniger von seiten der Fachmänner bisher keine entsprechende Würdigung gefunden haben.

An der Hand einer zusammenfassenden Darstellung führt er dieselben nunmehr in teilweise erweiterter Form und in neuer Beleuchtung vor.

Zunächst bespricht er die Frage „der krampfhaften Zusammenziehung größerer Gefäße bis zur Pulslosigkeit“ und teilt aus seinen Beobachtungen zwei sehr interessante Fälle mit, von welchen einer hier in aller Kürze erwähnt sein mag. Es handelte sich um ein junges Fräulein, bei deren Untersuchung Prof. Benedikt beide Schenkelschlagadern pulslos fand.



Altmeister Skoda, der auf Prof. Benedikts Vorschlag zur ärztlichen Beratung zugezogen wurde, entschied sich für die Diagnose einer angeborenen Verödung („Obliteration“) der absteigenden Aorta, während Prof. Benedikt eher geneigt war, den Zustand bloß als einen vorübergehenden harmlosen Krampf der Schenkelschlagadern aufzufassen. Die weitere Beobachtung bestätigte nach Verlauf einiger Wochen in der Tat die Diagnose Prof. Benedikts, indem sich der Blutumlauf in den Schenkelschlagadern wieder herstellte. Meister Skoda, dem Professor Benedikt Gelegenheit bot, diesen neuen Befund auch selbst festzustellen, erklärte denn auch unumwunden, mit der nur wahrhaft großen Männern eigenen Offenheit und Aufrichtigkeit, seine Diagnose „sei eben ein Irrtum gewesen“.

Im Verlaufe seiner Studien über den Blutkreislauf konnte Prof. Benedikt auch die Beobachtung machen, daß normalerweise, im Gegensatze zu der herrschenden Anschauung, die gleichnamigen Schlagadern beider Seiten ungleich voll sind. Das gegenteilige Verhalten, d. i. die gleiche Fülle der gleichnamigen Schlagadern soll nach Prof. Benedikt geradezu der Vorbote eines schweren Leidens, so namentlich eines Schlaganfalles sein. Diese Angaben Prof. Benedikts sind bisher völlig ignoriert worden, die erstere wohl mit Unrecht. Denn diese beruht offenbar auf einer richtigen Beobachtung, nur dürfte sie, wie ich auf Grund eigener, derzeit noch nicht abgeschlossener Untersuchungen anzunehmen geneigt bin, auf die sogenannte Rechts- bezw. Linkshändigkeit zurückzuführen sein.

Sehr geistreich und bestechend sind Prof. Benedikts Ausführungen über die zuerst von ihm aufgestellte Lehre von der selbsttätigen („aktiven“) Erweiterungsfähigkeit der Schlagadern, da nach Prof. Benedikt „der Muskelnervenapparat der Gefäßwände eine autonome Vorrichtung mit den wesentlichen Eigenschaften eines Herzens hat.“

Diese Überzeugung hat ihn schon im Jahre 1875 dazu gedrängt, für die Schlagadern geradezu die Bezeichnung „arterielle Lokalherzen“ zu prägen. Prof. Benedikt hält seine Lehre von den Lokalherzen auf Grund eigener klinischer Beobachtungen und theoretischer Erwägungen für so fest fundiert, daß man sie gleichsam als eine Ergänzung der Entdeckung des großen Blutkreislaufes durch Harvey bezeichnen könnte.

Diese Theorie von den „arteriellen Lokalherzen“ mag vielleicht gar manchem sehr kühn erscheinen, insolange nicht der Nachweis im Tierversuch geliefert ist. Prof. Benedikt ist jedoch vollkommen überzeugt, daß dieser Nachweis noch in absehbarer Zeit erbracht werden wird. Möglicherweise, fügt er jedoch hinzu, wird dies aber noch einige Zeit nicht gelingen, „dann werden vielleicht die Töne der Lehre von den Lokalherzen in der zeitgenössischen wissenschaftlichen Posaune erstarren; sie werden aber bald in aller Ohren erklingen, nur wird vielleicht ein anderer Bläser genannt werden“, wie dies Prof. Benedikt in der Tat an sich bereits wiederholt erfahren hat.

Lange Zeit beschäftigte sich Prof. Benedikt auch mit der wichtigen Frage, wie der Herzstoß in Wirklichkeit zustande kommt, da die gangbaren Erklärungen ihn nicht befriedigen konnten. Die richtige Erklärung glaubt er erst in einer im Jahre 1892 erschienenen Abhandlung des schlichten praktischen Arztes Dr. Karl Schmid in Bruck an der Mur „Über Herzstoß und Pulskurven“ gefunden zu haben, der einen „hydraulischen“ Widder in Tätigkeit sah und dadurch auf die Idee gebracht wurde, daß das Herz im ersten Momente der „Systole“ wie ein hydraulischer Widder sich verhalte.

Durch diese Erklärung Dr. Schmids hält Prof. Benedikt das Problem des Herzstoßes nunmehr für einwandfrei und endgültig gelöst.

Prof. Benedikt ist denn auch für diese Anschauung Dr. Schmids bereits wiederholt mit großer Wärme eingetreten, ohne daß sie aber bisher bei den Fachmännern irgendwie Beachtung gefunden hätte. Er beschwört daher diesmal die österreichischen Fachmänner eindringlich, dem heimischen Autor durch Anerkennung seiner Leistung den ihm zukommenden Ehrenplatz in der Geschichte der Heilkunde zu verschaffen.

Der Herzmuskel arbeitet nach der Ansicht Prof. Benedikts „nach dem Prinzip der Schichtarbeit.“

Er stellt sich dies so vor, daß wahrscheinlich bei jeder Zusammenziehung desselben „ein anderer Teil der Faser in Tätigkeit trete. Diese Anschauung, welche Benedikt schon seit langer Zeit vertritt, hat in einer hübschen histologischen Arbeit B. Hennebergs[1]) anscheinend ihre Bestätigung gefunden, indem letzterer bei der histologischen Untersuchung überlebender, fixierter Arterien Beobachtungen machen konnte, welche ihn, bezeichnenderweise ohne Kenntnis der Vorarbeiten Prof. Benedikts, zu der Annahme führten, daß sich in der Gefäßwand ruhende und tätige Muskelzellen nebeneinander finden und daß somit eine Zelle beständig zwischen Tätigkeit und Ruhe wechsle, jedoch so, daß stets ein Teil der Zellen arbeitet, während andere ruhen. „Die Zellen lösen sich also gegenseitig in der Arbeit ab.“

Die histologischen Befunde Hennebergs, welche ihn zu der vorstehenden Annahme veranlaßten, bedürfen freilich noch einer kritischen Nachprüfung.

In den übrigen Abschnitten behandelt Prof. Benedikt vorwiegend therapeutische Fragen, betreffend seine Methode der faradischen Behandlung der Fettauflagerung am Herzen, des sogenannten „oberflächlichen Fettherzens“, sowie die von ihm eingeführten Karboleinspritzungen bei Herz- und Gefäßerkrankungen, auf die aber hier nicht näher eingegangen werden kann.

Wenngleich einzelnes in dieser Schrift manchem sehr kühn erscheinen mag, so bietet auch dieses dem Biologen und dem Praktiker mannigfache Anregung.

Im übrigen legt diese Schrift neuerdings Zeugnis ab von der geradezu jugendlichen Geistesfrische und der eigenartigen Individualität Prof. Benedikts, der bei Lösungsversuchen schwieriger Probleme, abseits von den ausgetretenen Bahnen, mit hohem, naturphilosophischem Geistesfluge neue, eigene Pfade einschlägt, auf welchen ihm allerdings nur wenige zu folgen vermögen. *Dr. Hermann Algyoggi.*

V. Aus der Praxis.

Opsonine sind nach ihrem Entdecker Wright Schutzkörper, die im menschlichen Körper und im Tierkörper vorkommen und die befähigt sind, Bakterien so zu verändern, daß sie von den weißen Blutkörperchen aufgezehrt werden können. Die Opsonine sind im Blutserum enthalten und sind nicht unbeständige Substanzen. Nach 4—5 Tagen ist nur noch ein Viertel davon wirksam, eine Temperatur von 60° zerstört sie augenblicklich, ebenso das direkte Sonnenlicht. Zerstreutes Licht und 50° wirken langsamer, 0° vermindert während 24 Stunden ihre Wirksamkeit um zwei Drittel.

Die Opsonine sind nicht gegen alle Bakterien wirksam; der Bazillus Löffler wird nicht davon angegriffen, dagegen schädigt Blutserum den Pestbazillus, Staphylokokken, Pneumokokken, den Bacillus Coli, Choleravibrionen u. a.

Über die Natur der Opsonine weiß man noch wenig; sie werden zusammen mit den Euglobulinen niedergeschlagen; sie kommen vor im Blut und in der Lymphflüssigkeit, in geringer Menge in den Transsudaten. In blutfreien Säften, Sperma und Milch konnten sie nicht nachgewiesen werden.

Einen neuen Zinkleimverband stellt Dr. med. Odo Betz nach Münchn. Med. Wochenschr. 1908, 396, in der Weise her, daß er trockene, grobfädige, allerbilligste Mullbinden in heißem Zinkleim, der aus rohem Zinkoxyd und Gelatine 1 T., Glyzerin und Wasser 2 T. bereitet wird, tränkt, die Binde abtropfen läßt und sie dann trocknet. Hiebei wird

[1]) „Ruhende und tätige Muskelzellen in der Arterienwand“ von B. Henneberg, Gießen. Anatomische Hefte, herausgegeben von Fr. Merkel in Göttingen und R. Bonnet in Greifswald 1901. Heft 55, S. 427—465.



die Binde durch und durch vom Zinkleim durchtränkt und nun leicht transportabel und gebrauchsfertig. Am Krankenbette braucht sie nur in kochendem Wasser erwärmt zu werden, worauf sie sich mit ganz unbedeutendem Verluste an Zinkleim erweicht. Mit einer Zange oder Löffel wird sie aus dem kleinen Gefäße entnommen und einige Minuten abgekühlt. Beim Abrollen setzt die Binde noch einen gewissen Widerstand entgegen, wodurch ein glattes, straffes Anlegen ermöglicht wird. Ein solcher Verband aus zwei Lagen Zinkleim hält sich viele Wochen.

Zur Verhütung des Erbrechens bei Bandwurmkuren. Sehr häufig wird bei der Abtreibung eines Bandwurmes der Erfolg dadurch in Frage gestellt, daß das Mittel, sei es Granatwurzelrinde, Kusso oder Farrnkrautwurzel, von den Patienten erbrochen wird, noch ehe seine Wirkung eingetreten sein kann. Dazu kommt noch, daß durch die antiperistaltische Bewegung Bandwurmglieder in den Magen geschleudert und der Verdauung ausgesetzt werden können, so daß die darin enthaltenen Eier, von der Kalkschale befreit, zur Entwicklung und in den Kreislauf kommen, um dann als Finnen die unheilvollsten Wirkungen auszuüben.

Die bis dahin gebrauchten Mittel: Kaffee, Kognak, Zitronensaft, Pfefferminzkuchen waren recht ungenügend. Sehr empfehlenswert soll dagegen sein, eine Viertel- bis halbe Stunde vor dem Einnehmen des Bandwurmmittels ein bis zwei in Oblaten gehüllte Pulver von Menthol und Milchzucker je 0·3 *g* schlucken zu lassen. Hiedurch soll die Reflexaktion des Erbrechens gestört werden.

VI. Notizen.

Die Aufnahmsräume im Allgemeinen Krankenhause. Im Allgemeinen Krankenhause sind dieser Tage die Umgestaltungsarbeiten an den Aufnahmsräumen abgeschlossen worden. Mit dieser Aktion, deren Wohltat sowohl dem Publikum als auch den diensthabenden Ärzten zugute kommt, erscheint eine Reihe früherer, oft recht lästig empfundener Mißstände beseitigt. So sind jetzt statt des früheren einzigen Entkleidezimmers zwei, eines für Männer, eines für Frauen, vorhanden. Für die drei Journalärzte, den diensthabenden Arzt und die zwei „Ausheber" (Ärzte, die interessante Fälle für die Kliniken „ausheben", das heißt reklamieren), ist jetzt ungleich besser gesorgt. Jeder von ihnen besitzt ein eigenes Schlafzimmer und auch während der Dienststunden amtieren sie vom Kanzleipersonal separiert. Auch Warmwasserleitung wurde im Aufnahmszimmer installiert. Für die hilfesuchenden Patienten wurde ein Vorbau hergestellt, damit sie nach längerem Warten in den oft dunstgefüllten Räumen nicht sofort in den kalten Hof treten müssen.

Die Rothschildsche Stiftung für Nervenkranke. Das Kuratorium der Nataniel v. Rothschild schen Stiftung für Nervenkranke hat in seiner letzten abgehaltenen Sitzung vorbehaltlich der stiftungsbehördlichen Genehmigung den Ankauf eines Teiles der sogenannten „Rosenhügelgründe" nächst Wien im Ausmaße von zirka 40 Joch zum Zwecke der peripheren Anstalt beschlossen. Das Grundstück, welches einen 14 Joch großen Park enthält, liegt unmittelbar an der Wiener Gemeindegrenze zwischen dem Reservoir der Hochquellenleitung und dem kaiserlichen Tiergarten.

In der Sitzung des niederösterreichischen Landessanitätsrates vom 23. März 1908 wurden folgende Gegenstände verhandelt: 1. Ansuchen um Erteilung einer Konzession zum Bau und Betrieb eines Sanatoriums für Nerven- und Stoffwechselkranke in Wien; 2. Statut, Hausordnung und Instruktion für die Kohlensäurebäder einer Privatheilanstalt in Niederösterreich.

Dem **16. Jahresberichte des Vereines „Alland"** entnehmen wir folgende Daten: Verpflegt wurden in Alland mit insgesamt 86.117 Verpflegstagen im Jahre 1907 850 Patienten, u. zw. 371 Männer, 479 Frauen und 48 Kinder. Von diesen wurden 379 wesentlich gebessert, 171 gebessert, 54 ungeheilt entlassen. 14 Kranke sind gestorben, 7 Pfleglinge verließen die Anstalt vor Ablauf der Kur.

Der 37. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 21. bis 24. April 1908 in Berlin im Langenbeck-Hause statt. Es ist der Kongreß dies Jahr, abweichend von der früheren Sitte, auf die Tage von Dienstag nach Ostern (21. April) bis Freitag den 24. April (inklusive) gelegt, damit am Sonnabend den 25. April die Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und am Sonntag den 26. April die Röntgengesellschaft im Langenbeck-Hause tagen kann.

Die Herren Mitglieder können im Bureau des Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeck-Haus, Ziegelstraße 10/11) am Montag den 20. April bis 2 Uhr, sowie Dienstag den 21. April, vormittags von 8 bis 10 Uhr, die gedruckte Tagesordnung, sowie die Mitgliedskarten gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Die Mitgliedskarten müssen beim Betreten des Sitzungssaales vorgezeigt werden; es liegt im Interesse der Herren Kollegen, sich rechtzeitig damit zu versehen, da am Morgen vor der Sitzung der Andrang ein sehr großer zu sein pflegt. Gegen Einsendung des Jahresbeitrages pro 1908 an Herrn Melzer bis zum 15. April werden Mitgliedskarten von diesem per Post zugesandt. Die Eröffnung des Kongresses erfolgt am Dienstag den 21. April, vormittags 10 Uhr im Langenbeck-Hause. Während der Dauer des Kongresses werden daselbst Morgensitzungen von 9 bis 12½ Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr abgehalten werden. Die Vormittagssitzungen am Dienstag den 21. April, sowie die Nachmittagssitzungen am Donnerstag den 23. April sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung. Die Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich an meine Adresse gelangen zu lassen mit einer kurzen Inhaltsangabe (§ 2 der Geschäftsordnung) und der genauen Bezeichnung, ob Vortrag oder Demonstration beabsichtigt wird (§ 5 der Geschäftsordnung). Später einlaufende Einrichtungen können nur nach Maßgabe der noch verfügbaren Zeit auf die Tagesordnung gesetzt werden. Von auswärts kommende Kranke können nach vorheriger Anmeldung in der kgl. Universitätsklinik (Berlin N., Ziegelstraße Nr. 5—9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate und Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckstraße 10/11) zu senden. Derselbe ist ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeck-Hauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegenzunehmen (siehe oben). Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittungen ersucht. Eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Gebrauchsgegenständen ist nach Maßgabe des verfügbaren Raumes und der erfolgenden Anmeldungen in Aussicht genommen (Anmeldungen an die Hauskommission des Langenbeck-Hauses zu Händen des Herrn Melzer). Ob ein Demonstrationsabend für Röntgenbilder usw. stattfinden wird, hängt von den diesbezüglichen Anmeldungen ab. Das gemeinsame Mittagsmahl wird am Mittwoch den 22. April, nachmittags 5½ Uhr im Savoy-Hotel (Friedrichstraße 103) stattfinden. Für die Teilnehmer wird ein Bogen zur Einzeichnnung bei Herrn Melzer am Dienstag den 21. April und Mittwoch den 22. April ausliegen. Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder sind an den ersten Schriftführer, Herrn Körte (Berlin W., 62, Kurfürstenstraße 114), einzusenden. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und muß mit der eigenhändigen Unterschrift von drei Mitgliedern der Gesellschaft versehen sein. Formulare zu diesem Zwecke können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Montag den 20. April, vormittags, sowie während der Kongreßtage nach Bedürfnis statt. Die am Montag aufgenommenen neuen Mitglieder können ihre Mitgliedskarten am Dienstag, vormittags von 8 Uhr an, bei Herrn Melzer gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Es wird etwa 4 Wochen vor dem Kongreß eine Übersicht über die bis dahin eingelaufenen Ankündigungen von Vorträgen versandt werden.

Die diesjährige **Wanderversammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird am 30. und 31. Mai in Baden-Baden stattfinden.

VII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle in Liebenau (Bezirk Freistadt, Oberösterreich). Die Gemeinde hat 2498 Einwohner. Das Fixum beträgt 1440 K und zwar 440 K von der Gemeinde und 1000 K Landessubvention. Gesuche sind bis 1. Juli 1908 an den oberösterreichischen Landesausschuß zu senden oder direkt an die Gemeindevorstehung Liebenau zu richten. Anfragen um Auskünfte werden auch von seiten der k. k. Bezirkshauptmannschaft Freistadt erledigt.

Gemeindearztesstelle für die subventionierte Sanitätsgemeinde Klausen-Leopoldsdorf (Bezirk Baden). Mit dieser Stelle sind folgende fixe Bezüge verbunden: Von der Gemeinde im ersten Jahre 1000 K, bei zufriedenstellender Dienstleistung Erhöhung um 200 K, bisherige Subvention vom niederösterreichischen Landesfonds 800 K, jährliches Pauschale vom Bezirksarmenrat Baden für die Armenbehandlung 240 K. Der Gemeindearzt, der Doktor der gesamten Heilkunde sein muß, hat die Verpflichtung, die Totenbeschau und sämtliche gemeindeärztlichen Agenden unentgeltlich zu besorgen. Auch ist er zur Führung einer Hausapotheke verbunden. Bezüglich der eventuellen Totenbeschau der eingepfarrten Teile von Alland und St. Corona werden separate Vereinbarungen getroffen. Die mit dem Diplom, dem Tauf- oder Geburtsschein, dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, dem Sittenzeugnisse, dem von einem k. k. Staatsarzte ausgestellten Gesundheits-, bezw. Tauglichkeitszeugnisse, sowie mit den Nachweisen über die bisherige Tätigkeit ordnungsgemäß belegten Gesuche sind bis 15. April d. J. bei der Gemeindevorstehung Klausen-Leopoldsdorf einzubringen.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1907 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck bereits vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 3511/IV. Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/$_1$, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/$_2$, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 17. Wien, 25. April 1908. **Nr. 17.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Aus der Augenabteilung des Professor Dr. S. Klein an der allgemeinen Poliklinik in Wien.

Ein Fall von intermittierendem Exophthalmus.*)

Von **Dr. Max Meissner**, Assistent der Abteilung.

Als intermittierenden Exophthalmus (Exophthalme à volonté, Proptosis on stooping, periodischer Exophthalmus, Exophthalmus et Enophthalmus alternans) bezeichnet man ein Krankheitsbild, dessen Hauptsymptom das Hervortreten des Bulbus in gebückter Stellung bildet. Die Erkrankung tritt ohne Ausnahme einseitig auf. Es handelt sich um äußerst seltene Fälle. Aus der Literatur lassen sich einige vierzig Fälle zusammenstellen, die ein einheitliches Krankheitsbild darstellen und die auch auf eine gleiche Ursache schließen lassen. Bei der Seltenheit der Erkrankung ist es gestattet, über den von mir beobachteten Fall zu berichten.

Im Jänner 1908 suchte der 24jährige Schankgehilfe J. K. unsere Augenabteilung auf mit der Angabe, daß ihm beim Bücken sein rechtes Auge „herausfalle“.

Der Zustand bestehe schon seit zirka 5 Monaten. Anfangs sei das Auge selten und nur bei anstrengender Arbeit, in der letzten Zeit viel häufiger hervorgetreten. Eine besondere Ursache wisse er dafür nicht anzugeben. Die Untersuchung bestätigte die Richtigkeit der Angaben des Patienten. Äußerlich ließ sich in den Augen des Patienten nichts Abnormes beobachten und es war kein Unterschied zwischen beiden Augen zu konstatieren. Die Bewegung der Augen ist vollständig frei, keine Pupillendifferenz. Die Reaktion der Pupillen ist prompt und normal. Auch der Augenspiegelbefund ergibt keine Besonderheiten. Der Visus beider Augen ist 6/6. Gesichtsfeld, Farbensinn normal.

Beugt der Patient seinen Kopf nach vorne und verbleibt 1½ bis 2 Minuten in dieser Stellung, so tritt unter leichter Rötung und Schwellung der Lider ein bedeutender Exophthalmus des rechten Auges auf. Richtet der Patient seinen Kopf wieder auf, verschwindet der Exophthalmus rasch aber allmählich wieder. Nach einer Minute ist vom Exophthalmus keine Spur mehr vorhanden.

*) Nach einer Demonstration in der ophthalmologischen Gesellschaft in Wien am 15. Januar 1908.

Das Sehvermögen ist während des Hervortretens des Auges nur unwesentlich herabgesetzt. Der Patient sieht wie durch einen Schleier.

Ophthalmoskopisch lassen sich besondere Veränderungen nicht nachweisen. Es ist Venenpuls deutlich sichtbar.

Aus der Anamnese wäre hervorzuheben, daß der Patient stets gesund und kräftig war. Vor einem Jahre litt er angeblich an Gelenksrheumatismus. Besonders zu erwähnen ist der Umstand, daß der Patient wegen Krampfadern, besonders im rechten Unterschenkel, vom Militärdienste befreit war.

Der interne Befund (Abteilung Professor Mannaberg) ist negativ. Auch die Röntgenuntersuchung (Dozent Kienböck) liefert ein negatives Resultat. Ebenso ist der Nasenbefund normal.

Die weitere Untersuchung des Patienten ergab folgendes: Versucht Patient bei geschlossener Nase und geschlossenem Munde kräftig zu exspirieren, so entsteht Exophthalmus des rechten Auges. Ebenso entwickelt sich Exophthalmus, allerdings in geringerem Grade, wenn der Patient den Kopf kräftig nach rechts dreht; es übt dabei das Kopfnicken einen Druck auf die Ingularvene rechts aus. Bei Linksdrehung des Kopfes tritt kein Exophthalmus auf. Dagegen ist dies der Fall bei Fingerkompression der rechten Ingularvene am Halse. Bei allen diesen Untersuchungen tritt der Bulbus in axialer Richtung und gleichmäßig vor.

Auf ein inkonstantes und sehr schwer zu deutendes Symptom sei noch hingewiesen. Wiederholt, aber stets nur ganz kurze Zeit war an dem hervorgetretenen Bulbus deutliche Pulsation zu fühlen. Ich bin nicht in der Lage, über diese Pulsation näheres zu berichten, da sie sich schon seit mehreren Wochen nicht mehr nachweisen läßt.

Die Pathogenese dieser seltenen Erkrankung ist noch ziemlich unklar. Es besteht noch zu Recht, was Sattler 1880 in der ersten Auflage des Gräfeschen Handbuches der gesamten Augenheilkunde schreibt: „Wir müssen gestehen, daß die Genese dieser Affektion nichts weniger als klar ist; denn erstens müßte die Mehrzahl der angeführten ätiologischen Momente beide Augen in ziemlich gleicher Weise treffen, während doch das Leiden bisher stets nur einseitig beobachtet worden ist und zweitens haben die nämlichen Momente gewiß schon öfter bei demselben Individuum und jedenfalls unzähligemale bei anderen gewirkt,



ohne jemals sonst einen derartigen Effekt nach sich zu ziehen. Wir sind daher bei der Erklärung der varikösen Erweiterung der Orbitalvenen auf die Annahme einer individuellen Disposition, einer gewissen Schlaffheit und Dehnbarkeit der Venenwandungen als Ausdruck einer lokalen Erkrankung derselben angewiesen.“

Andere Autoren wie Vossius, Gausé weisen darauf hin, daß die Orbitalvenen klappenlos sind. Sie haben in ihrem Verlaufe vielfache natürliche Verengungen und Erweiterungen ihres Lumens, so daß leicht durch chronische Endophlebitis Stromhindernisse entstehen und zu einer Venendilatation führen können.

Auch Elschnig, Pick, Jacobi nehmen eine Venenentzündung als Ursache der Erweiterung der Venen an.

Auf Grund genauer exophthalmometrischer Untersuchungen versucht in jüngster Zeit Birch-Hirschfeld für das Entstehen der Krankheit eine andere Erklärung zu geben. Er wies zunächst nach, daß auch unter normalen Verhältnissen bei Beugung des Kopfes der Augapfel, natürlich in geringerem Grade, hervortritt, was sich nur durch eine Stauung des venösen Blutes in der Orbita erklären läßt. Auch Kompression am Halse, forcierte Exspiration bewirkt ein Vortreten des Bulbus.

Birch-Hirschfeld weist auf die zahlreichen Verbindungen der Orbitalvenen mit den Gesichtsvenen hin und erklärt die Stauung bei gebeugtem Kopfe folgendermaßen: „Können wir annehmen, daß bei aufrechter Kopfhaltung das venöse Blut der Orbita sich nach hinten zu in den Sinus cavernosus ergießt, so liegt anderseits der Gedanke nahe, daß bei Verneigung des Kopfes dasselbe die vorderen Abflußwege benutzt.

Hiefür spricht der Umstand, daß bei Kopfsenkung das Venenrohr der Orbita annähernd senkrecht gestellt wird. Das Blut müßte dann, um in den sinus cavernosus zu gelangen, die eigene Schwere überwinden, was bei den Druckverhältnissen kaum anzunehmen ist, umso weniger, da ihm ein Abflußweg durch die Äste der Vena facialis offen steht.“

Ist der Abfluß nach den Gesichtsvenen erschwert oder verhindert, so muß sich dies durch eine Stauung in der Orbita und Vortreten des Bulbus bemerkbar machen. Birch-Hirschfeld sieht das Primäre der Erkrankung in einer abnormen Enge der vorderen Abflußwege des orbitalen Blutes. Die Verengung muß nicht allein in der Orbita gelegen sein, sie kann sich im gesamten Abflußgebiete der Vena facialis bis zur Vena jugularis finden.

Der intermittierende Exophthalmus entwickelt sich allmählich. Die Beschwerden der Patienten steigern sich mit der Zunahme der Venenektasie. Die Prognose der Erkrankung scheint nicht sehr günstig zu sein. In einer Reihe von Fällen wurde Erblindung durch Opticus Atrophie beobachtet.

Die Therapie ist ziemlich machtlos. Durch Druckverband erzielt man wohl nicht Heilung, aber man verhindert wenigstens die beständigen Stauungen und damit die weitere Zunahme der Venenektasie.

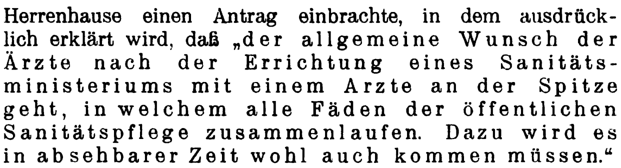
Es erübrigt mir noch, meinem verehrten Chef, Herrn Professor Dr. S. Klein für die Überlassung des Falles bestens zu danken.*)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Noch einmal das Sanitätsministerium. — Der Antrag Ludwig. — Die neueste Maßregel des Herrn v. Uriel.

Wie berechtigt unsere Stellungnahme gegen das Referat über das Sanitätsministerium am letzten Ärztetage war, beweist der Umstand, daß kurz darauf Hofrat Ludwig im Herrenhause einen Antrag einbrachte, in dem ausdrücklich erklärt wird, daß


„der allgemeine Wunsch der Ärzte nach der Errichtung eines Sanitätsministeriums mit einem Arzte an der Spitze geht, in welchem alle Fäden der öffentlichen Sanitätspflege zusammenlaufen. Dazu wird es in absehbarer Zeit wohl auch kommen müssen.“

Leider — oder müssen wir in diesem Falle Gott sei Dank sagen — hat die große Öffentlichkeit von dem Ärztetage, von einigen kleinen Notizen in den Tagesblättern abgesehen, fast keine Kenntnis genommen, so daß dieser scharfe Widerspruch zwischen unseren offiziellen Wortführern nicht auffiel; für die Zukunft sollten wir uns aber doch nicht auf solche Zufälle verlassen.

Der Antrag Ludwig, der ebenso wichtig als interessant ist, hat folgenden Wortlaut:

Das hohe Haus wolle beschließen: „Die k. k. Regierung wird aufgefordert, dem Reichsrat eine Gesetzesvorlage zu unterbreiten, welche eine Ergänzung des Reichssanitätsgesetzes vom 22. April 1870 enthält, dahingehend, daß das gesamte öffentliche Sanitätswesen behufs einheitlicher Leitung in einer Zentralstelle vereinigt werde, daß der Oberste Sanitätsrat ausgestaltet und die für den rationellen Betrieb der öffentlichen Sanitätspflege unentbehrlichen wissenschaftlichen Institute errichtet, zweckmäßig, den heutigen Anforderungen entsprechend, eingerichtet und reichlich dotiert werden, endlich daß die soziale und materielle Stellung der Amtsärzte zeitgemäß verbessert, ihre Ausbildung und Fortbildung neu geregelt und ihnen in ihrer amtlichen Tätigkeit mehr Einfluß und Selbständigkeit gewährt werde.“

In formeller Beziehung wird zur Vorberatung dieses Antrages die Einsetzung einer Spezialkommission, bestehend aus neun Mitgliedern, beantragt.

Begründung:

Das Reichssanitätsgesetz vom 30. April 1870 bedeutet zweifellos einen Markstein in der Entwicklung des Sanitätswesens unseres Staates und die Schöpfer dieses Gesetzes durften erwarten, daß sich dieser Verwaltungszweig Hand in Hand mit den Fortschritten der menschlichen Kultur, insbesondere mit den Fortschritten der Naturwissenschaften und der Medizin stetig weiter entwickeln werde. Leider hat sich bei uns das Sanitätswesen nicht gleichmäßig und nicht rasch genug weiter entwickelt. Es ist wohl seit dem Inslebentreten des Reichssanitätsgesetzes viel Ersprießliches geleistet worden, aber es muß doch ausdrücklich gesagt werden, daß vieles unterlassen wurde und daher zu tun übrig ist. Unsere sanitären Einrichtungen sind vielfach rückständig und es ist daher dringend geboten, wieder einmal energisch den Hebel anzusetzen, um unser Sanitätswesen auf jene Stufe zu bringen, auf der es gemäß den Forderungen der Zeit stehen soll. Dazu genügt aber nicht eine einzige Maßnahme, sondern es muß ein durchgreifender, den Forderungen der Wissenschaft angepaßter Ausbau vorgenommen werden.

Ein von Seiner Exzellenz dem Herrn Minister des Innern angekündigtes Ereignis, nämlich die Schaffung eines Reichsseuchengesetzes, bietet den willkommenen Anlaß, diesen notwendigen Ausbau zu verlangen, denn die Durchführung dieses Gesetzes mit den heutigen ganz und gar ungenügenden Behelfen ist absolut unmöglich.

Verfügt doch das Ministerium des Innern, die oberste Sanitätsbehörde des Reiches, nicht einmal frei über jene Hilfsmittel, die zur Feststellung von Infektionskrankheiten unentbehrlich sind. Fast alles, was heute in dieser Hinsicht von der Behörde in Anspruch genommen wird, ist nur erborgt, so z. B. die in sanitären Angelegenheiten ausgeführten Arbeiten in den dem Unterricht gewidmeten Instituten der Hochschulen. Es muß demnach unverzüglich an die Errichtung und Ausstattung solcher Institute geschritten werden, welche in Zukunft die wissenschaftlichen Grundlagen sanitärer Fragen für die Oberste Sanitätsbehörde zu besorgen haben werden, das sind chemische, bakteriologische, hygienische, pharmakologische und pharmazeutische Laboratorien. Diese

*) Bezüglich der Literatur sei auf das Verzeichnis von A. Birch-Hirschfeld in „Die Krankheiten der Orbita“ in „Graefe-Saemisch, Handbuch der gesamten Augenheilkunde, II. Auflage“ hingewiesen.

Institute sind jedenfalls unter gemeinsamer Oberleitung mit dem Obersten Sanitätsrate, dessen Mitgliederzahl vermehrt werden müßte, in engste Verbindung zu bringen. Ob man sie zu einem Gesundheitsamte nach Art des Deutschen Gesundheitsamtes organisiert oder einfach dem Obersten Sanitätsrate entsprechend angegliedert, dürfte nicht allzu wesentlich sein; die Hauptsache ist, daß diese Institute in genügender Zahl und Ausdehnung errichtet, mit allen erforderlichen Behelfen ausgestattet und für ihren Betrieb ausreichend dotiert werden. Das Deutsche Gesundheitsamt kann in dieser Hinsicht als nachahmenswertes Beispiel dienen. Die schon bestehenden, den Zwecken der Sanitätspflege dienenden Institute, welche dem k. k. Ministerium des Innern unterstehen, wie das Seruminstitut und die k. k. Impfstoffgewinnungsanstalt, ferner das in der Errichtung begriffene pharmazeutische Laboratorium zur Prüfung von Arzneispitälern wären einzubeziehen. Mit dieser Maßregel allein ist aber keineswegs alles nötige getan. Es muß aber auch wieder einmal derjenigen gedacht werden, welche ihre ganze Kraft dem Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege widmen, nämlich der Amtsärzte. Berechtigte Klagen sind aus den Kreisen dieser Ärzte über ihre Stellung und Entlohnung auch noch in letzter Zeit laut geworden. Der Amtsarzt mit seinem lange dauernden Studium, seinem schweren und gefährlichen Beruf steht fast in jeder Hinsicht schlechter als der Verwaltungsbeamte und der Staatstechniker. Es ist wohl an der Zeit, die gerechten Forderungen der Amtsärzte zu bewilligen und damit zufriedene Mitarbeiter an dem großen Werke der Gesundheitspflege zu gewinnen. Insonderheit soll den Amtsärzten mehr Selbstständigkeit, ihrem Votum mehr Gewicht als bisher gewährt werden. Dann werden sie auch gern ihrer notwendig gewordenen weiteren Ausbildung obliegen, zu der ihnen allerdings Gelegenheit durch entsprechenden Unterricht, durch Ausstattung mit wissenschaftlichen Behelfen und dergl. gegeben werden muß.

Eine der wichtigsten Grundlagen für die Entwicklung und Entfaltung der staatlichen Sanitätspflege ist die der Zentralisierung des gesamten Sanitätswesens. In dieser Hinsicht geht der Wunsch der Ärzte nach der Errichtung eines Sanitätsministeriums mit einem Arzt an der Spitze, in welchem alle Fäden der öffentlichen Gesundheitspflege zusammenlaufen. Dazu wird es wohl auch in absehbarer Zeit kommen müssen. Dermalen, da das Wort Sanitätsministerium noch viele erschreckt, dürfte aber dieses Ziel noch nicht zu erreichen sein, und man wird sich daher jetzt mit einer selbständig gestellten Zentrale im Ministerium des Innern begnügen müssen.

Das gegenwärtige Sanitätsdepartement im Ministerium des Innern kann als eine solche Zentrale nicht bezeichnet werden, denn es fehlen ihm wichtige Zweige der Sanitätsverwaltung, so das Veterinärwesen, die Lebensmittelkontrolle, die Agenden der Gewerbehygiene, der Schulhygiene, der Eisenbahnhygiene, des Seesanitätswesens und andere in dem großen staatlichen Verwaltungsapparat zerstreute Agenden. All das müßte vereinigt werden, denn nur die einheitliche Behandlung bietet hier Gewähr für raschen und ersprießlichen Erfolg.

Unterzeichnet ist der Antrag von 18 Mitgliedern der Verfassungspartei.

Man darf sich bei Beurteilung der Sachlage nicht durch ein hochmütiges Kommunique des Baron Hein irre machen lassen, der kraft seiner Plenipotenz über alle diese Bestrebungen den Stab bricht. Herr v. Hein bangt für die Existenz seiner Abteilung; aber er wird durch den vormärzlichen Ton seiner Ukase niemanden bange machen. Köstlich ist der Gedanke seiner Reform; sie besteht einfach darin, daß er einige sanitäre Institute, die heute nicht ihm, sondern glücklicherweise der Universität unterstehen, unter seine Pandektenherrschaft bringen will.

Einen ebenso komischen Eindruck macht Herr v. Uriel. Im militärärztlichen Korps der gemeinsamen Armee steht nämlich die Systemisierung von 41 neuen Stellen im Status der Generalstabsärzte, einschließlich des Generaloberstabsarztes, der Oberstabsärzte erster und zweiter Klasse und der Stabsärzte demnächst bevor. Die diesbezügliche Vorlage ist bereits fertiggestellt und wird den Delegationen bei deren nächstem Zusammentritt durch den Kriegsminister unterbreitet werden. Nach dieser Vorlage ist die Systemisierung der Stelle eines Generaloberstabsarztes, die gegenwärtig Dr. Uriel bekleidet, ohne daß jedoch die Stelle systemisiert ist, sowie die Schaffung von drei neuen Generalstabsarztstellen und von fünf neuen Oberstabsarztstellen erster Klasse in Aussicht genommen. Die übrigen 32 neu zu systemisierenden Stellen verteilen sich ziemlich gleichmäßig auf den Stand der Oberstabsärzte zweiter Klasse und der Stabsärzte.

Die Neusystemisierung soll jedoch nicht auf einmal durchgeführt werden, sondern sich, abgesehen von der sofort vorzunehmenden Systemisierung der Stelle eines Generaloberstabsarztes, auf drei Jahre verteilen.

Dadurch wird selbstverständlich dem Mangel an Militärärzten nicht abgeholfen. Denn die Leere besteht in den unteren Graden; und wenn man die oberen Grade vermehrt, so werden die unteren Grade nur rascher zu den oberen abfließen und die Vakanzen sich eher steigern als verringern.

Hier helfen keine halben Maßregeln, sondern nur ganze.

Balneologischer Kongreß.

Die Balneologische Gesellschaft hat vom 5. bis 9. März in Breslau ihren Kongreß abgehalten. In der Eröffnungsrede gedachte Prof. Winternitz, Wien, mit rührenden Worten des durch Erkrankung am Erscheinen verhinderten ersten Vorsitzenden Prof. Liebreich. Die Versammlung beschloß die Ernennung Liebreichs zum Ehrenpräsidenten. Zu Ehrenmitgliedern wurden Prof. v. Strümpell, Dr. Brock und Dr. Telke ernannt. Zum ersten Vorsitzenden wurde an Stelle Liebreichs Prof. L. Brieger, Berlin, zu seinem Stellvertreter Prof. Winternitz gewählt.

Den wissenschaftlichen Teil der Tagung eröffnete Professor v. Strümpell mit einem Vortrage über die Anwendung der Glühlichtbäder bei Bronchialerkrankungen. Er hält diese Behandlung für geeignet gegen chronische Bronchitiden, welche nicht durch Herz- und Gefäßerkrankungen kompliziert sind. Daher sei äußerste Vorsicht bei älteren Leuten geboten. Gute Erfolge erziele man mit der Glühlichtbehandlung auch bei Bronchialasthma; und ausgezeichnete bei Asthmakatarrhen. Die Wirkung erklärt der Vortragende in der Hauptsache in der Wärmewirkung; die Frage, ob auch eine Lichtwirkung stattfindet, läßt er offen. In der Diskussion kamen sämtliche Redner überein, daß die Glühlichtbäder ein mächtiges Hilfsmittel der Therapie seien, daß aber vor übertriebenen Hoffnungen gewarnt werden müsse, zumal wenn diese Heilmethode von Kurpfuschern angewendet werden sollte.

Über die Beeinflussung der menschlichen Blutviskosität durch das Höhenklima sprach Dr. Determann, St. Blasien. Er hat in der Höhe des Hochgebirges eine Zunahme der Blutzähigkeit bis zu 4 Prozent festgestellt, was der bekannten Zunahme der roten Blutkörperchen entspricht. Als Ursache für beide Erscheinungen nimmt er Blutverdünnung und damit verbundene Verarmung an Sauerstoff an. Die Bedeutung der Blutviskosität besteht darin, daß eine Verdünnung ebenso wie eine Verdickung des Blutes je nachdem verschiedene Anforderungen an das Gefäßsystem stellen. Der Grad der Viskosität ist nach seinen Untersuchungen durch den Gehalt an Eiweißkörpern, namentlich an Globulin bedingt.

Von den übrigen im Verlaufe des Kongresses gehaltenen Vorträgen seien als solche von allgemeinerem Interesse die folgenden hervorgehoben: Dr. Möller, Berlin, ein ehemaliger Assistent Brehmers sprach über die ersten Brehmerschen Prinzipien in der Behandlung der Lungentuberkulose,



die auf der durch die pathologische Anatomie gewonnenen Erkenntnis beruhten, daß die Tuberkulose oft ohne irgendwelche Behandlung von selbst ausheile. Demgemäß versetzte Brehmer die Kranken in gute, reine Luft im Gebirge, sorgte für reichliche Ernährung, und förderte den Heilungsprozeß durch hydrotherapeutische Behandlung, methodische Gymnastik, insbesondere durch die Terrainkur.

Professor Dr. Tietze, Breslau, verbreitete sich über die chirurgische Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter und wies darauf hin, daß, während früher das operative Verfahren wohl vielfach Heilungen, oft aber auch Verstümmelungen brachte, die mit dem Namen Mikulicz verknüpfte Methode der Jodoforminjektionen in Verbindung mit ausgiebiger Freiluftkur außerordentlich gute Erfolge ergeben habe. Er empfahl die Errichtung besonderer Kinderheilstätten für Tuberkulöse.

Professor Dr. Krafft, Görbersdorf, erklärte in seinem Vortrage „Röntgendiagnostik bei Lungenerkrankungen", daß jetzt die Möglichkeit gegeben sei, Verdichtungen des Lungengewebes im Röntgenbilde zu erkennen, was besonders wertvoll zur Beurteilung der Bronchialdrüsentuberkulose ist. So ist es oft möglich, z. B. nach Solbadekuren Fortschritt oder Abnahme der Schwellungen nachzuweisen.

Dr. Hahn, Nauheim äußerte in seinem Vortrage über „Aderlaß und Kreislaufstörungen" die Ansicht, daß der Aderlaß in geeigneten Fällen zur Entlastung des Gefäßsystems zweckmäßig sei. Es sprachen ferner Prof. Dr. Küstner, Breslau, über „Grenzgebiete der orthopädischen und operativen Therapie in der Gynäkologie", Dr. Ziegler, Breslau, über „Behandlung der Anämie", Dr. Kisch jun., Marienbad über „spastische Obstipation", Prof. Dr. Rosenfeld, Breslau, über „Uratsteindiathese", Stabsarzt Riedel, Berlin, über die „künstliche Radiumemanation", Dr. Löwenthal, Braunschweig, über den sogenannten „Brunnenrausch". Redner charakterisiert diesen als nervösen Erregungszustand, der mit dem Brunnenfieber nichts zu tun hat. Welche Bestandteile der Quellen ihn hervorrufen, ist noch nicht sicher festgestellt; doch kommen eher die gasartigen Stoffe, insbesondere die Kohlensäure, als die gelösten Salze in Betracht.

Nächsten Tag wurde das von der Balneologischen Gesellschaft gestiftete Denkmal für Dr. Brehmer, enthüllt, für das ein Platz vor dem Wenzel Hanckeschen Krankenhause zur Verfügung gestellt worden ist. Professor Dr. Krafft, der Chefarzt der Brehmerschen Anstalten in Görbersdorf, hielt die Festrede, in der er u. a. auch die Verfolgungen Brehmers in den fünfziger Jahren wegen seiner demokratischen Gesinnung schilderte.

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

In der Abteilung 6a beschäftigte man sich mit den Neuerungen auf dem Gebiete der Trinkwasser-Filtrationstechnik.

Der Direktor des Wasserwerkes in Bremen, Götze, erklärte die Doppelfiltration und Vorklärung mit schwefelsaurer Tonerde für verbessernde Ergänzungen des bewährten Verfahrens der langsamen Sandfiltration für die Gelegenheiten, wo letztere nicht allein voll ausreicht. Das eingearbeitete Sandfilter beseitigt die Bakterien mäßig verunreinigten Rohrwassers vollkommen. Nicht eingearbeitet, also nach Auffüllung und Reinigung, ist das Filter in seiner qualitativen Leistung unzuverlässig. Bei Hochwasser hält das Filter die dann sehr vermehrte Bakterienmenge nicht restlos zurück, auch wenn es eingearbeitet ist und das biologische Filter somit enthält. — Dr. Imbeaux, Nancy, und Allen Hacen, New York, waren der Ansicht, daß die Wahl unter den verschiedenen Filtrationsverfahren von der Natur der zu behandelnden Wässer und von den örtlichen Verhältnissen abhängt. — Schließlich wurde noch die Ozonisierung des Wassers, d. h. die Sterilisierung des Trinkwassers durch Ozon erörtert. Courmont und Lacomme, Lyon, berichteten über die diesbezüglichen Versuche in Frankreich. Die bisherigen Methoden können nur auf klares Wasser Anwendung finden. Im allgemeinen sind die Arbeiten dabei sehr schwierig und kostspielig. Diese Methode der Sterilisierung des Trinkwassers scheint also keine Zukunft zu haben.

In der siebenten Sektion erörterten Ruge, Kiel, Celli, Palermo, Roß, Liverpool, Savas, Athen und Galli, Valerio, die Maßnahmen zur Malariabekämpfung, während Neumann, Heidelberg, Otto, Hamburg, und Agramonte, Havanna, Kuba, sich über die Gelbfieberbekämpfung verbreiteten. — Prof. Kropke, Lissabon, Bruce, London, und Laveran, Paris, berichteten über ihre Erfahrungen bei der Bekämpfung der Schlafkrankheit. — In der achten Sektion berichtete Prof. Dr. Mayet vom Kaiserlichen statistischen Amt über die Statistiken über Berufsmorbidität und Mortalität, während Prof. Dr. Guttstadt vom statistischen Landesamte das Krankheitsschema für Krankheits- und Todesursachenstatistiken besprach. Schließlich behandelte noch Dr. Singer, der Direktor des statistischen Amtes der Stadt München die Ergebnisse von Untersuchungen von Sterblichkeit und Wohlhabenheit.

Über Meningokokken und verwandte Bakterien sprach Anton Ghon, Wien.

Vor zwanzig Jahren war es, als Weichselbaum bei sechs Fällen von primärer Zerebrospinalmeningitis einen Kokkus beschrieb, der sich durch seine morphologisch-färberischen, kulturellen und tierpathogenen Eigenschaften scharf von den damals bekannten Erregern der genannten Krankheit trennen ließ und dem Weichselbaum den Namen Diplococcus intracellularis meningitidis gegeben hatte.

Diese neue Kokkenart, deren Ähnlichkeit mit dem Gonokokkus schon Weichselbaum aufgefallen war, fand durch ihren Entdecker bereits in seiner ersten Publikation eine Bearbeitung, die nach dem Stande der bakteriologischen Forschung dieser Zeit als eine erschöpfende bezeichnet werden muß, in allen Punkten auch heute noch zu Recht besteht und selbst bei streng kritischer Beurteilung keinen Zweifel aufkommen ließ über die ätiologische Bedeutung des Kokkus für die beobachteten Fälle von Zerebrospinalmeningitis.

Der Befund Weichselbaums wurde noch in dem gleichen Jahre bestätigt, geriet dann aber in Vergessenheit, bis Jaeger im Jahre 1895 von neuem darauf aufmerksam machte, gleichzeitig aber durch seine Arbeit jene Verwirrung in die ätiologische Frage der Genickstarre brachte, die sich bis in die letzte große Epidemie vom Jahre 1905 fortschleppte und die Ursache bildete eines langen wissenschaftlichen Streites zwischen Weichselbaum und seinen Anhängern einerseits und Jaeger und seinen Anhängern anderseits.

Eine eingehende Schilderung aller Einzelheiten in dem erwähnten Streite würde den Rahmen dieses Berichtes überschreiten, weshalb nur hervorgehoben sei, daß — abgesehen von gewissen epidemiologischen Fragen — den Kernpunkt des Streites die Frage bildete, ob der von Weichselbaum entdeckte Kokkus — gleich allen anderen gutbekannten Arten — eine Bakterienspezies darstelle, die nur innerhalb gewisser Grenzen variiere, oder ob der genannte Kokkus fähig sei, unter gewissen Bedingungen seine Eigenschaften derart zu ändern, daß damit nicht bloß seine Artmerkmale, sondern auch die seiner Gruppe (Familie) und seiner Gattung verloren gehen.

Durch das Aufwerfen dieser Frage hatte der Streit auch eine allgemein bakteriologische Bedeutung erlangt.

Heute ist der sicherlich unnütz lange Streit endgültig entschieden — der Diplococcus intracellularis meningitidis Weichselbaum hat seine Anerkennung gefunden. Und wenn auch durch diesen Streit der rasche Ausbau in der ätiologischen Forschung über die Genickstarre zweifelsohne eine Verzögerung erleiden mußte, so war er



wieder insoferne fruchtbringend, als durch ihn viele Arbeiten angeregt wurden, die unsere Kenntnisse über diese Krankheit erweiterten und förderten.

Seinem Berichte liegen von diesen Arbeiten die aus den Vereinigten Staaten Amerikas, England, Rußland und Österreich zugrunde, unter denen — abgesehen von den Arbeiten Weichselbaums und seiner Schüler — ohne Zweifel die amerikanischen Autoren die wertvollsten Beiträge brachten, vor allem die Arbeit von Councilman, Mallory und Whright über ihre Untersuchungen in der Genickstarreepidemie von Boston im Jahre 1896/7 und die Arbeiten der vom Gesundheitsdepartement der Stadt New York für die fast 4000 Fälle umfassende Epidemie im Jahre 1904/05 eingesetzten Kommission, der Elser, Dunham, van Cott und Simon Flexner angehörten.

Die Zahl der Arbeiten aus den genannten Ländern ist eine große, sie alle aber bestätigen, wenn wir zunächst die morphologischen und färberischen Eigenschaften des Genickstarreerregers ins Auge fassen, die Befunde Weichselbaums und seiner Schüler, daß der Diplococcus intracellularis meningitidis, für den heute der Name Meningokokkus allgemein gebraucht wird, im Systeme der Bakterien seinem Teilungstypus zufolge der Gattung Mikrokokkus angehöre, gleich dem Micrococcus gonorrhoeae im menschlichen und tierischen Organismus so häufig intrazellulare Lagerung erkennen lasse und unbeweglich sei und wie dieser sich nach der Färbungsmethode von Gram stets rasch und gleichmäßig entfärbe, gleichgültig, ob dieses Verfahren an Kultur- oder Schnittpräparaten zur Anwendung komme, und gleichgültig, ob es sich bei Kulturpräparaten um solche aus jungen oder alten Generationen handle.

Ebenso hat allgemeine Anerkennung die Tatsache gefunden, daß der Meningokokkus auffallend rasch Degenerations- und Zerfallserscheinungen zeige, leicht kenntlich durch Form- und Größenveränderungen an den Kokken und ihre abnehmende Färbbarkeit. Flexner will diese Erscheinung auf die Wirkung eines hochwirksamen autolytischen Fermentes zurückführen, das nach dem Absterben der Kokken ihren raschen Zerfall zu bewirken imstande sei.

Allseits zugestimmt wird auch den Angaben Weichselbaums und seiner Schüler über die biologisch-chemischen Merkmale des Meningokokkus, soweit sie von diesen Autoren untersucht worden sind, und von denen hervorzuheben wären die Angaben über das bekannte Aussehen der Kulturen in den gebräuchlichen Nährböden und die Kahmhautbildung in flüssigen Nährmedien, über die Bevorzugung eiweißhältiger Nährsubstrate und die verhältnismäßig schwere Anpassungsfähigkeit an die gewöhnlichen Nährsubstrate, ferner die Angaben über das obligat aërobe Wachstum des Meningokokkus und seine Unfähigkeit, Milch zu koagulieren und Indol zu bilden, endlich die Angaben über die ziemlich eng gezogenen Wachstumsgrenzen des Meningokokkus und seine im allgemeinen geringe Lebensfähigkeit.

Wenn auch unsere Kenntnisse über die angeführten biologischen Merkmale in einigen Punkten Erweiterung erfahren haben, so sind diese unwesentlicher Natur und nicht imstande, die seinerzeit schon festgelegten Tatsachen zu ändern. Nur die Angabe von Clair Symmers und Wilson, Indol in 13tägigen Aszitesbouillonkulturen eines Stammes aus der Epidemie in Belfast vom Jahre 1907 nachgewiesen zu haben, bedarf einer Nachprüfung.

Dagegen bedeuten einen zweifellosen Fortschritt im Ausbaue unserer Kenntnisse über den Meningokokkus die Beobachtungen über sein Verhalten zu den Kohlehydraten.

Als erste haben die Amerikaner Libmann und Celler im Jahre 1902 darauf aufmerksam gemacht, daß der Meningokokkus in Serum-Glykose-Agar geringe Mengen von Säure zu bilden vermag, eine Beobachtung, der schon von diesen Autoren differentialdiagnostische Bedeutung beigemessen und die später von Libman auch auf Laktose ausgedehnt wurde. Den vielen Mitteilungen, die inzwischen über diese Frage erschienen sind, ist allen gemeinsam die Beobachtung, daß der Meningokokkus fähig sei, Glykose und Maltose zu zersetzen, übereinstimmend mit den Befunden v. Lingelsheims, während über die Beeinflussung anderer Kohlehydrate die Angaben auseinandergehen. So haben unter anderen die Engländer Gordon, Mottram, Stenhouse, Rundle und Williams, Clair Symmers und Wilson auch Rötung der Galaktose beschrieben und die Amerikaner Goodwin und v. Sholly solche der Laktose.

Bei den Arbeiten, die im Wiener pathologischen Institut fortlaufend über den Erreger der Genickstarre ausgeführt werden, wurde auch dieser Frage besondere Aufmerksamkeit geschenkt und bestätigt, daß der Meningokokkus imstande sei, unter den Monosacchariden Glykose und unter den Disacchariden Maltose zu zersetzen, die gleiche Beobachtung aber auch für Dextrin unter den Polysacchariden erhoben. Diese Eigenschaft des Meningokokkus ist aber keine gleichmäßig konstante, sondern zeigt oft nicht unbeträchtliche Schwankungen, zumal gradueller Natur und im zeitlichen Ablaufe. G. konnte aber auch mit Sicherheit die bisher unerwähnte Tatsache feststellen, daß einzelnen zweifellos echten Stämmen des Meningokokkus diese Eigenschaft für eine oder die andere oder für alle drei der genannten Kohlehydrate gänzlich mangle. Über die Fragen, ob der Verlust dieser Eigenschaft nur als ein zeitweiser anzusehen sei oder als ein dauernder und wie er erklärt werden könne, sind wir noch zu keinem abschließenden Urteile gekommen. Die vorgebrachte Tatsache erscheint aber deshalb von Wichtigkeit, weil dadurch die bisherigen Ansichten über die differentialdiagnostische Bedeutung dieser Fähigkeit des Meningokokkus sicherlich eine Änderung erfahren müssen.

Auf die Frage der Tierpathogenität des Meningokokkus übergehend, sei zunächst hervorgehoben, daß die Beobachtungen, die Weichselbaum und seine Schüler darüber bei den gebräuchlichen Laboratoriumsversuchstieren machen konnten, keine wesentlichen Änderungen erfahren haben. Eine Bereicherung unserer Kenntnisse in dieser Frage erhielten wir aber durch die in den letzten Jahren häufig erfolgte Benützung von Affen bei den Versuchen.

Die Studien über die Giftbildung des Meningokokkus haben noch keinen völlig befriedigenden Abschluß erreicht, wenn auch über gelungenen Nachweis von Toxinen mehrfach schon berichtet worden ist. So gelang es Flexner, Gifte des Meningokokkus dadurch nachzuweisen, daß er toluolisierte Kochsalzsuspensionen des Kokkus durch Verdunsten bei niedriger Temperatur ihres Toluols beraubte und immer gut zentrifugierte. Die so erhaltenen Gifte passierten unglasiertes Porzellan und wirkten am besten auf junge Meerschweinchen. Positive Resultate hatte auch Oehlmacher in Amerika, der für Pferde wirksame Toxine in Traubenzuckerbouillonkulturen mit Kreidezusatz unter Benützung breiter Kolben nachweisen konnte. Bestätigungen dieser letzten Beobachtung ließen den Gedanken eines gewissen Zusammenhanges zwischen Giftbildung und obligater Aërobiose des Meningokokkus in den Bereich der Möglichkeit kommen. Daß Giftwirkungen bei den Infektionen mit dem Meningokokkus eine mehr oder minder bedeutende Rolle spielen, steht außer Frage. Nicht bloß die Beobachtungen am Krankenbette und Sektionstische, sondern auch alle Tierexperimente sprechen dafür.

Größer wieder sind die Erfahrungen, die wir über die Agglutinine des Meningokokkus besitzen. Ihre praktische Verwertung zu diagnostischen Zwecken am Krankenbette hat allerdings wegen der Einfachheit des Meningokokkennachweises in der Lumbalpunktionsflüssigkeit keine besondere Bedeutung erlangt, eine ungleich größere ihre Benützung zur Identifizierung der aus dem Nasenrachensekret Kranker und Gesunder gewonnenen Stämme. Die Verschiedenheit in der Agglutinabilität der einzelnen Stämme des Meningokokkus ist aber nach den Erfahrungen vieler Autoren, denen wir vollständig zustimmen dürfen, eine so große, daß wir warnen möchten, den auf die Agglutinine basierten Identifizierungs-



methoden allein entscheidenden Wert beizumessen, bis nicht weitere Untersuchungen uns sichere Mittel in die Hand gegeben haben, die Ursachen dieser Verschiedenheit in der Agglutinationsfähigkeit zu beseitigen. (Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über chronische Sigmoiditis. Von Dr. Heinrich Stern, New York.

St. charakterisiert die chronische Sigmoiditis als eine chronische Entzündung des Sigmoideums, mit häufigen Stunden, selbst Tage andauernden Exazerbationen, Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der linken unteren Abdominalgegend, mäßigem Meteorismus, Resistenzgefühl in der linken Fossa iliaca, mäßiger Steigerung der Rektaltemperatur, Obstipation, Schmerzen in der Lendengegend. Häufig gehe die Krankheit mit Blasenreizung bei Männern und Leukorrhoe bei Frauen einher.

Die Sigmoidoskopie ergibt Rötung, Schwellung, Sekretion von Schleim im Colon descendens und im Sigmoideum, manchmal finden sich Ulzera und Narben mit Verengerung des Lumens. Zur Behandlung empfiehlt St.: Während der Schmerzattacken Narkotika, Atropininjektionen ($^1/_2$ *mg*), in der Zwischenzeit Irrigationen, Regelung der Diät, kalte Sitzbäder, Einpackungen und schottische Dusche. (Medical Record, Februar 1908, Vol. 73, Nr. 9.)

*

Chirurgische Syphilis. Von F. Karewski. (Schluß.)

Man kann in zweifelhaften Fällen nicht sorgfältig genug nach den Spuren überstandener Syphilis forschen. Kreisrunde, braun pigmentierte Narben an der oberen Grenze des rechten Kniegelenkes haben K. davor behütet, einer kinderreichen Dame aus den besten Gesellschaftskreisen die Exarticulatio femoris wegen eines großen, den oberen Umfang des linken Oberschenkels einnehmenden, Zirkulationsstörungen am Bein verursachenden Tumors anzuraten; die Serodiagnose ließ K. vor kurzem die wahre Natur eines scheinbar mächtigen Desmoids der Bauchdecken, eine strahlige Einziehung an der Lippe eines 20jährigen Mädchens, das sich durch einen Kuß drei Jahre vorher von ihrem Schwager ein langwieriges, aber von keinerlei Allgemeinsymptomen gefolgtes Geschwür zugezogen hatte, die venerische Beschaffenheit eines als Sarkom des Schulterblattes imponierenden Gebildes erkennen.

Derartige Ereignisse mögen selten sein, aber jedes einzelne redet eine so eindringliche Sprache, daß mindestens die Berücksichtigung der Eventualität dringend angeraten werden muß.

Viele Fälle von hartnäckiger sogenannter Achillodynie stellen nichts anderes dar als den sensorischen Ausdruck gummöser Infiltration des Ansatzes der Achillessehne am Kalkaneus. Sie kann dem forschenden Auge und tastenden Finger nicht entgehen, da sie als prall elastische, flache Schwellung sich präsentiert, welche die physiologischen Furchen neben der Sehne zum Verschwinden bringt und sich breit in den Knochen fortsetzt.

Ein großes Kontingent dubiöser Erkrankungen stellen die im Gefolge der Syphilis auftretenden ostalen und artikulären Zerstörungen. Ein erweichender Tumor auf dem Manubrium sterni, symmetrische Auftreibungen beider Claviculae, schmerzhafte unebene oder mächtige steinharte Erhabenheiten der Tibien und des Schädelskeletts, kariöse und nekrotische Zerstörungen an der Nasenwurzel, fast alle Affektionen dieser Körperteile, die ausschließlich nächtliche Schmerzen verursachen, darf man ohne weiteres zur Lues rechnen; da, wo vielleicht sarkomatöse, tuberkulöse, aneurysmatische Prozesse in Frage gestellt sind, entscheidet bald weitere Beobachtung, vor allem auch die Röntgenuntersuchung.

Aber Gummen der Knochenhaut wachsen auch dort auf, wo Tuberkulose und maligne Geschwulstbildung das gewöhnlichere ist, z. B. an den Rippen und Rippenknorpeln, am Kiefer, sie existieren lange Zeit, ohne zu zerfallen, ohne Dolores nocturni zu verursachen, als isolierte Vorwölbung und werden anderer Beschaffenheit suspekt. Erst kürzlich entschied für K. die Serodiagnose die Eigenschaft eines dem fünften Rippenknorpel neben dem Sternum aufsitzenden, alle Charaktere des Chondroms tragenden Auswuchses bei einer Frau, die keinerlei Zeichen venerischer Infektion aufwies und solche mit aller Entschiedenheit leugnete.

Wo auch immer Knochengummen vereitern, erzeugen sie natürlich Abszesse, die wandern und, an entfernterer Stelle aufbrechend, Fisteln resultieren lassen, welche durchaus bazillären Ursprunges zu sein scheinen, namentlich wenn sie kostalen oder vertebralen Ausgang haben. Ebenso täuschen epiphysäre Herde an den Extremitätenknochen der Kinder, die skrophulösen, mit hereditär-syphilitischen so leicht zu verwechselnden Habitus tragen, typische tuberkulöse Karies vor. Hier dürfte die Ophthalmo-Tuberkulinreaktion eine bedeutungsvolle, wenn auch nicht eindeutige Rolle spielen. Auch die bekannte Dactylitis syphilitica, welche der Spina ventosa so gleich sieht, ist nicht nur den Erwachsenen eigentümlich, sie kann in noch viel deutlicherer Gestaltung multipel bei ganz jungen Kindern in den ersten Lebenswochen auftreten, ist dann immer Erbteil von venerisch durchseuchten Eltern und kann, wie ich mich überzeugte, auch in späterem Säuglingsalter durch die Komplementbindung identifiziert werden. Ebenso steht es mit der chronisch eitrigen Ostitis des Processus zygomaticus und des Schädeldaches. Erstere ist zur Zeit nach der Pubertät fast ausnahmslos Resultat gummöser Ostitis, letztere zeigt ihre auffallende Besonderheit noch durch die rundlichen, harten, sich schwer lösenden Sequester und durch Knochenwucherungen am Rande des Defektes, die bei Tuberkulose kaum je beobachtet wird.

Die Mannigfaltigkeit und Regellosigkeit des klinischen Verlaufes syphilitischer Produkte manifestiert sich nirgends auffälliger als bei der diffusen gummösen Invasion des Schaftes langer Röhrenknochen. Sie bleibt nicht selten während des Lebens symptomenlos und wird erst bei Sektionen entdeckt oder macht sich bemerkbar durch heftige Neuralgien, die, weil scheinbar ohne Befund, jeder Therapie mit Ausnahme der Jod- oder Quecksilberdarreichung trotzen. Sie kann jedoch auch, indem sie die Grundsubstanz aufzehrt, den Knochen so schwächen, daß er spontan oder durch irgend eine geringfügige Läsion sogar durch einfachen Muskelzug (Gurlt) bricht.

Die schwerste Art ist aber diejenige gummöse Infiltration des Markes, welche klinisch wie anatomisch der chronischen Osteomyelitis überaus ähnelt. Sie verläuft mit leichten Fieberbewegungen langwierig und torpide, zeigt Stadien der Ruhe und Exazerbation, macht Sequesterbildungen und periostitische Wucherungen (Totenladen), bricht auf zu Fisteln, die sich wieder schließen, erzeugt Hyperostosen, die das Gummi ummauern, wie beim zentralen Knochenabszeß, kurz spiegelt in jeder Beziehung alle Charaktere der Osteomyelitis wieder, auch in der, daß sie mit Vorliebe das jugendliche, im Wachstum begriffene Alter heimsucht, ohne indessen bejahrte Personen zu verschonen. Ihre Differenzierung wäre praktisch bedeutungslos, da Genesung ohne Sequestrotomie nicht zustande kommt, wenn nicht die Herstellung der Kranken gleichzeitige antisyphilitische Kuren erforderte.

Welche Mittel besitzen wir nun, um festzustellen, ob genuine oder syphilitische Osteomyelitis vorliegt?

Nur der Beginn der Krankheit vermag uns einigermaßen zu orientieren. Im Gegensatze zu dem sonstigen Anfange dieser so ausgesprochen akut infektiösen Knochenläsion fehlen alle Erscheinungen der Sepsis. Fieber tritt erst auf, wenn sich die Perforation vorbereitet, die Patienten empfinden außer leichter Behinderung beim Gehen (Wachstumsschmerz!) nicht besonderes, Abszedierungen mit Bildung größerer Abszesse kommen kaum vor, der Durchbruch nach außen vollzieht sich sehr langsam und an sehr zirkumskripter Stelle.

Aber gerade diese Art der Perforation gibt uns bemerkenswerte Merkmale an die Hand. Denn von hier aus entsteht bald eine weitere Infiltration der Weichteile, die durch ihre höckerige, prall elastische, unverkennbar an „Gummi"



erinnernde Konsistenz, die sehr langsam erst bei beginnender Eiterung weicher und fluktuierend wird, sich von den Durchbrüchen bei Tuberkulose und Osteomyelitis unterscheidet.

Durch luetische Osteopathien mit entzündlichen Zuständen können auch Tumoren vorgetäuscht werden, welche von dem Knochen ihren Ausgangspunkt genommen haben.

Genau so wie die Knochen werden die Gelenke zu allen Zeiten der luetischen Durchseuchung des Körpers von Zuständen befallen, die dem Gelenksrheumatismus gleichen. Einfache Arthralgien, polyartikuläre und monartikuläre, akute und subakute, meist fieberlos. aber gelegentlich auch mit hohen Temperaturen verlaufende Ergüsse, chronische. dann meist ein einzelnes Gelenk befallende, ja sogar rezidivierende Hydropsien werden durch Ablagerung des spezifischen Giftes in der Synovialis während der Frühlues, aber auch in späteren Stadien und, wie ich mich wiederholt überzeugte, durch hereditäre Übertragung erzeugt. Sie führen kaum je zu dauernden oder schwereren Prozessen, schon weil, wenn andere therapeutische Bestrebungen versagen, das Jodkali auch bei rheumatischen Leiden als bewährter Heilfaktor benutzt wird!

Anders liegen die Verhältnisse bei der Arthritis syphilitica, welche zwar gleicherweise die Gelenksmembranen betrifft, aber in der Hauptsache vom Knorpel und Knochen ihren Ausgang nimmt. Wie schon Virchow festgestellt hat, gibt es zwei Formen. Die eine entspricht der gummösen Infiltration der Synovialis, geht zunächst mit ziemlich reichlicher Ansammlung von Gelenksflüssigkeit einher, zerstört die Knorpelüberzüge und ähnelt im Endeffekte anatomisch dem Bilde der Caries sicca. Die andere wird mit diffuser gummöser Erweichung der Gelenksenden der Knochen eingeleitet, und ruft durch Abhebung der Knorpel einen Durchbruch des fatalen Vorganges in die Gelenkshöhle und damit granulierende oder eitrige deletäre Arthritis hervor.

Schon die Pathogenese dieser Arthritiden ist derjenigen auf tuberkulöser Basis so konform, daß sie Verwechslungen Tür und Tor öffnet, noch mehr geschieht das durch ihren Verlauf und ihre Ausgänge. Der Verlauf ist schleichend, beginnt mit geringem Schmerz und mäßigen Bewegungsstörungen. Das Gelenk zeigt anfangs zirkumskripte Schwellung, die aber bald unter Ausbildung eines Ergusses allgemein wird, sich überall hin ausdehnt, dem Gelenksfungus entsprechende Gestalt annimmt. Je nachdem es sich nun um die trockene retrahierende Form handelt oder um die ulzerös deletäre, kommt es zu immer stärkeren Motilitätsstörungen, Kontraktur und schließlich Ankylose oder unter zunehmender Mächtigkeit der Intumeszenz zur Karies und Eiterung mit totaler Vernichtung des Gelenkszusammenhanges und deren Konsequenzen, bis zum Aufbruche mit Fistelbildung. Ist letztere, namentlich von Schüller studierte Art auch selten, so hat sie doch oft genug zu größeren operativen Eingriffen Anlaß gegeben. Diese sind unzweifelhaft vermeidbar, wenn rechtzeitig die Ätiologie erkannt wird. Das kann aber recht diffizil sein, weil selbst bei vorhandener unzweifelhafter Lues natürlich eine gleichzeitige tuberkulöse Arthritis nicht angeschlossen ist. Am leichtesten wird die Erkennung im Beginne, weil so umschrieben knotige, prall elastische Schwellungen in der Gelenkskapsel wie bei Syphilis kaum je durch Tuberkulose erzeugt werden — und nach Perforation des Gelenkes, wo die eigentümlich speckige, harte, rundliche Ulzeration der Weichteile das aufgebrochene Gummi verrät. Jedenfalls ist man oft genug auf die Vermutungsdiagnose angewiesen.

Die syphilitische Erkrankung der Vertebralgelenke, die Spondylitis luetica, deren Vorkommen bis vor kurzer Zeit noch in Zweifel gezogen wurde, tritt am häufigsten an der Halswirbelsäule auf, kann aber dadurch, wie ich wiederholt feststellen konnte, jedes andere Segment des Rückens einnehmen. Alle Personen, die K. daran behandelte, standen im mittleren Lebensalter, waren fast ausnahmslos sonst gesunde Menschen (bis auf eine gleich zu erwähnende) und klagten über heftigste nächtliche Schmerzen. Auch war bei ihnen eine breite, sehr derbe Infiltration der benachbarten Weichteile zu konstatieren, und in keinem Falle habe ich die typische Entwicklung eines Knickbuckels gesehen. Diese Umstände können vielleicht differentialdiagnostisch in Betracht kommen, treffen aber nicht immer zu.

Außer den im Verlaufe unserer Auseinandersetzungen hervorgehobenen Hilfsmitteln zur Orientierung über die Ursache ostaler und artikulärer Lues, welche uns die örtliche Beschaffenheit derselben gewährt, besitzen wir in der Röntgenuntersuchung ein vortreffliches, oft vielleicht das einzige Diagnostikum.

Sie kann uns natürlich nur dann charakteristische, für Lues pathognomonische Bilder liefern, wenn die Prozesse am Knochen, die Proliferation und Resorption von Substanz, in einer Weise vor sich geht, die von denen aus anderen Ursachen entstandenen abweicht. Eine Periostitis markiert sich als Verdichtung, Verdunkelung des Schattens, gleichviel auf Grund welcher Erkrankung immer, sie wird der Lues erst verdächtig, wenn sie zirkulär den Knochen umgibt, ohne eine gleichzeitige Affektion der Kortikalis und des Muskels. Erkennt man buckelförmige Abhebung der an sich verdichteten Knochenhaut mit zentral gelegenen Aufhellungen (Gummata!) und schieben sich gar diese Aufhellungen in den Schaft hinein, liegt also eine von außen nach innen vordringende Zerstörung vor, schaffen die Wucherungsvorgänge knotige Protuberanzen, oder wechselt Apposition neugebildeter Massen mit Schwund an der Kortikalis, so erhalten wir durchaus zweifelsfreie Erscheinungen, weil wir keine andere Provenienz für diese Vorgänge kennen.

Nun sind aber allerdings gerade diese Formen auch klinisch so wenig dubiös, daß bei ihnen die Röntgenuntersuchung nichts weiter als eine schätzbare Bestätigung der Diagnose bedeutet. Ganz das gleiche ist der Fall für die irritative Ostitis und Osteomyelitis, d. h. für diejenigen Arten, die zu hyperostotischen Auftreibungen, ausgehend vom Rinden- und Markteil, führen. Erst die gummöse Zerstörung, d. h. diejenige, welche sich durch Schwund des kompakten und Ersatz durch zerfallende Granulationsgewebe auszeichnet, liefert uns eigenartige aktinographische Platten, die dann auch nach Lage der Dinge differentielldiagnostische Bedeutung beanspruchen. Der ganze Knochen ist verbreitert. Rundlicher, wie mit dem Locheisen ausgeschlagener Defekt an den Epiphysen inmitten stark sklerosierter Partien, die sich als besonders undurchsichtige Stellen manifestieren, multiple, mitten im Schaft gelegene und nur durch schmale Zonen dichteren Gewebes getrennte Aufhellungen bei gleichzeitiger unregelmäßiger Gestaltung der Diaphyse, bienenwabige Zerstörung bis zum fast völligen Verschwinden, Spontanfrakturen, hügelige Gestaltung der Knochenkanten sind Dinge, die unter selbstverständlicher Berücksichtigung aller anderen Momente von entscheidendem Werte sein können.

Die Durchleuchtung der syphilitischen Arthritiden läßt entweder überhaupt Destruktion der Gelenksenden vermissen, wenn es sich nämlich um die rein synoviale Form handelt, und gibt dann zusammengehalten mit den anderen ärztlichen Erwägungen bedeutsame Fingerzeige, oder läßt in dem vorher beschriebenen Charakteristikum der primär ostalen Affektion die Ätiologie des Herganges, welcher das Gelenk betroffen hat, erkennen. In den Lehrbüchern der Syphilidologie wird als ein wertvolles diagnostisches Merkmal der spezifischen Knochen- und Gelenksaffektionen die Multiplizität der Affektionen hervorgehoben. So ganz allgemein kann diese Behauptung nach unseren Erfahrungen nicht aufrecht gehalten werden. Sie trifft zu für die harmloseren Arthritiden der Frühperiode und für die deletären hereditär-luetischen Zustände, aber nicht für die Spätformen akquirierter Infektion. Die ererbte Syphilis der Gelenke und Knochen betrifft nun aber in der Hauptsache Kinder, und bei diesen zeichnet sich die im wesentlichen interessierende tuberkulöse Form ja auch durch vielfaches Auftreten aus. Erkrankungen, die bei Erwachsenen mit Gelenkszerstörungen enden, sind fast ausschließlich monartikulär.

Allerdings kommen auch Fälle vor, in denen zahlreiche luetische Einzelherde jenseits der Pubertät dasselbe Individuum



befallen und in ihrer Lokalisation, in ihrem Verlaufe, in ihrem ganzen äußeren Habitus den bazillären Affektionen sich so nähern, daß die Unterscheidung fast unmöglich wird und geradezu eine zufällige Intuition des Beobachters die Erkennung vermittelt. Bei ihnen könnte wohl der Umstand, daß vielfache Herde bei Tuberkulose Erwachsener immerhin nicht häufig sind, in Betracht gezogen werden.

Ebenso wenig wie aus der Zahl gleichzeitiger Herde können wir daraus irgend welchen Anhaltspunkt finden, daß wir aus der Frequenz, mit welcher einzelne Gelenke befallen werden, Schlüsse zu ziehen suchen, schon weil keines ausgenommen ist, und natürlich die Spezialbeobachtung gerade ausnahmsweise eine Rarität darstellen kann.

Solche Differenzen in der Kritik finden ihre Erklärung in der feststehenden und bemerkenswerten Tatsache, daß überhaupt den Chirurgen die Kenntnis der genannten Arten von Knochen- und Gelenkslues verdankt wird, weil sie sich der Beobachtung der Syphilidologen entzogen. Diesen bietet sich selbstverständlich in größerer Zahl die vielfache Arthritis der sekundären Zeit dar, und im Widerspruche zu den Chirurgen müssen sie gelegentlich auch da stehen, wo der schließliche Ausgang des Leidens durchaus lokale, mit anderen Erscheinungen außer Zusammenhang stehende und mit Allgemeinkuren nicht mehr zu beherrschende Übel geschaffen hat.

Auf dem Gebiete der viszeralen Lues gruppieren sich die Affektionen drüsiger Organe aller Art. Ihr häufigster Repräsentant ist die des Hodens. Es kann aber mit Bestimmtheit gesagt werden, daß gummöse Epididymitis bei weitem nicht so rar ist, wie gemeinhin angenommen wird, und daß sie, wenigstens klinisch, auch ohne deutliche Orchitis verlaufen kann. In ihrer Gestaltung differiert sie dann von der hauptsächlich gleichzeitig in Betracht zu ziehenden tuberkulösen am meisten dadurch, daß kaum je der Samenstrang und niemals die Prostata, sowie die Samenblasen beteiligt werden. Größe, Gestalt, Sitz der Infiltrate haben nichts Charakteristisches an sich, Aufbruch kann hier wie dort erfolgen, sichert damit aber in vielen Beobachtungen durch den bekanntlich bei Hodentuberkulose relativ leicht zu erhebenden Bazillenbefund die Erkennung.

Syphilis der Parotis und Mammae gehört zu den ungewöhnlichsten Lokalisationen des Virus, aber schon von Esmarch hat hervorgehoben, daß solche Geschwülste meist als Sarkome exstirpiert und nach Rückfall immer von neuem mit dem Messer, natürlich vergeblich, entfernt werden.

Im Verlaufe der Auseinandersetzungen haben wir wiederholt Gelegenheit gehabt, von operativen Eingriffen, welche bei Lues gummosa vorgenommen werden, in gutem und bösem Sinne zu sprechen. In der Tat gewährt dem Chirurgen eine große Zahl von syphilitischen Leiden Gelegenheit, sich spezialistisch zu betätigen. Wenn die Syphilidologen immer wieder betonen, daß die genannten Produkte nur bei irrationeller Behandlung eine schlechte Prognose ergeben, so darf dies nicht so verstanden werden, daß nur bei Verkennung der Ätiologie ein unglückliches Ende zu erwarten steht. Es reicht durchaus nicht immer aus, eine Allgemeinbehandlung einzuleiten. Es muß gesagt werden, daß alle ulzerösen Prozesse eine lokale antiseptische Behandlung erfordern, die von der einfachen Applikation chemisch wirkender Substanzen bis zur Anwendung des scharfen Löffels und des Glüheisens sich steigern kann. Derartige Maßnahmen sind zum mindesten geeignet, die Behandlungsdauer wesentlich abzukürzen, die lang dauernde und erschöpfende Eiterung zu beschränken, den jauchenden Charakter der Geschwüre mit den üblen Gerüchen zu beseitigen und gut granulierende, schnell vernarbende Flächen zu bewerkstelligen. Das sind selbstverständliche Prinzipien ärztlicher Kunst. Viel wichtiger ist es, zu betonen, daß bei allen Knochen- und Gelenksprozessen neben den entsprechenden Kuren alle Hilfsmittel der chirurgischen Technik herangezogen werden müssen, um einen funktionell günstigen Heilerfolg zu gewährleisten. Ruhigstellung der Gelenke verhindert Durchbruch paraartikulärer Herde ebenso wie bei der Tuberkulose, sie befördert die Genesung bei artikulärer Erkrankung jeder Art und verhindert die Destruktion. Gipsverbände an den Extremitäten, Extension an der Wirbelsäule kann nicht entbehrt werden, weil schon die Garantie, daß die medikamentöse Therapie ein Fortschreiten der Prozesse hindert, nicht vorhanden ist, und weil die bestehende Zerstörung durch unachtsames Verhalten progredieren kann, ganz abgesehen davon, daß die Immobilisation und Entlastung am besten die Schmerzen beseitigen. Sind aber gar bereits fistulöse Zustände vorhanden, welche durch Sequester unterhalten werden, so ist deren Entfernung dringend geboten. Nicht nur, weil diese allein die Eiterung beendigt, sondern auch, weil die Knocheneiterungen allen Zufälligkeiten septischer Infektion Vorschub leisten. K. hat zwei Personen an Pyämie sterben sehen, welche durch richtig erkannte und demgemäß behandelte Oberkiefernekrosen luetischer Herkunft eingeleitet war, eine dritte, einen mit einem Fuße im Grabe stehenden, mit Schüttelfrösten und metastatischen Eiterungen behafteten Mann, durch Entfernung des gesamten Gesichtsskelettes gerettet. In solchen Fällen tritt die Syphilis ganz in den Hintergrund des Interesses. Sie kann sogar zurzeit völlig beseitigt sein und die Gefahren drohen von der komplizierenden Mischinfektion — ganz wie bei Vorgängen aus anderen Ursachen. Allerdings genügt wohl hier meist das Evidement abgestorbener Teile, die Freilegung der Eiterquelle, sei es auch mit weitgehender Aufmeißelung der Knochen, während typische Resektionen sich erübrigen oder doch nur ganz ausnahmsweise in Frage kommen. In gleicher Weise, wenn auch viel seltener, kann der Zerfall gummöser Weichteilerkrankungen progressiven Charakter annehmen oder so irreparable Verhältnisse geschaffen haben, daß Eröffnung der Abszesse geboten ist.

Vor eine sehr bedeutungsvolle und schwierig zu treffende Entscheidung kann man dann gestellt sein, wenn die Natur maligne erscheinender Neubildungen nicht feststeht, oder wenn zwar deren krebsiges, anatomisches Bild vorliegt, als Ausgangspunkt indessen ein gummöses Ulkus angenommen werden kann. Man sollte dann sein Handeln von Fall zu Fall variieren. Unter allen Umständen muß zunächst, eventuell durch Serodiagnostik, die Tatsache der überstandenen Syphilis sicher eruiert und eine geeignete Allgemeinbehandlung eingeleitet werden. Wenn aber der lokale Prozeß durch eine nicht allzu verstümmelnde Operation mit einiger Wahrscheinlichkeit beherrscht werden kann und periculum in mora vorliegt, so scheue man nicht den gleichzeitigen Eingriff. In allen anderen Fällen muß der Erfolg der mit Energie und Konsequenz durchgesetzten, alle Methoden ins Feld führenden Kur so lange abgewartet werden, wie keine Verschlechterung eintritt. Nicht immer erzielt man den Erfolg so schnell, wie es wünschenswert sein mag, oft erweist sich Jod und Quecksilber refraktär, wo Schwitzprozeduren Besserung erzielen, hin und wieder mag Arsen am Platze sein. Vielleicht finden einige Erfolge der Arsenbehandlung bei Sarkom ihre Erklärung darin, daß sie Gummen beeinflußte! Daß aber alle solchen Versuche ihre Grenze dort haben, wo die Lebenserhaltung auf dem Spiele steht, selbst auf Kosten des Verlustes einer Extremität, einer Entstellung des Gesichtes, des Verlustes einer Niere, der Möglichkeit eines operativen Exitus, bedarf keiner Andeutung. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 27. März 1908.

Maurus Fisch demonstriert seinen Apparat für Herzmassage, den „Herzregulator". Ein nach allen Seiten drehbarer Winkelhebel trägt am Ende eines Hebelarmes ein Kissen, das Ende des anderen Hebelarmes eine nach allen Seiten drehbare handförmige Platte. Redner demonstriert die Anwendung des Apparates und empfiehlt denselben für Fälle, welche eine Unterstützung der physio-



logischen Atmung und eine Regelung der Herztätigkeit sowie des gesamten Blutkreislaufes erfordern.

Leopold Réthi stellt einen Fall von rhinogener retrobulbärer Neuritis optica vor. Auf intranasale Ausräumung des Siebbeines besserte sich das Sehvermögen. Da die hintere Siebbeinzelle oft nur durch eine papierdünne Schichte vom Optikus getrennt ist, kann er durch Affektion des Siebbeines leicht in Mitleidenschaft gezogen werden.

Karl Natanson zeigt ein intrauterines Pessar „Frauenschutz“, das nach fünfwöchentlichem Tragen einen eitrigen Zervikalkatarrh hervorgerufen hatte. Vortragender weist daher auf die Gefährlichkeit intrauteriner Pessare hin.

Walther Zweig demonstriert einen Patienten mit Kardiospasmus und nachfolgender Ösophagusdilatation. Der Spasmus wurde durch Sondieren mit einer Bougie, an deren Ende ein Kondom befestigt ist und mittels eines Ballons mit Luft aufgeblasen wird, vorgenommen.

Georg Lotheisen weist auf die Dilatationsbougie von Kausch hin, wo die Erweiterung des Kondoms durch eingegossenes Wasser bewirkt wird. Die Prognose ist selten eine günstige.

Oskar Semeleder stellt mehrere Patienten mit traumatischem Plattfuß vor, welche er nach seiner Methode mit gutem Erfolge behandelt hat.

Karl v. Steiskal: Über orthotische Albuminurie. Zirka 77% der Kranken stehen im ersten Jugendalter, sie zeigen folgende Allgemeinsymptome: Müdigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Ohrensausen, Herzklopfen, leichtere Schmerzen in der Wirbelsäule, öftere Dyspnoe und Obstipation. Es findet sich meist Hautblässe, schlaffe Muskulatur, labiler Puls, Asphyxie der Finger, Vergrößerung der Herzdämpfung, systolische Geräusche, Akzentuation des zweiten Pulmonaltones, seltener des zweiten Aortentones. Nach längerem Stehen des Patienten wird ein durch Essigsäure fällbarer Eiweißkörper ausgeschieden. Nephritisches Sediment findet sich nicht im Harne. Die orthotische Albuminurie dauert 2 bis 17 Jahre und kommt öfter vor.

Was die Ätiologie dieser Erkrankung betrifft, so nimmt eine Reihe von Autoren eine schleichend auftretende Nephritis als Ursache an, andere wieder führen die orthostatische Albuminurie auf eine angeborene anatomische Abnormität zurück (Leube), wieder andere halten diese Erkrankungsform für den Ausdruck einer konstitutionellen Schwäche, während einige Autoren einer gewissen Insuffizienz der Innervation des Herzens und der Blutgefäße die Schuld geben.

In allerletzter Zeit hat Jehle eine mechanische Ursache u. zw. eine vermehrte Lordose in der Lendenwirbelsäule und ihre Wirkung auf die Nieren bei kindlicher orthostatischer Albuminurie als pathogenetisches Moment angegeben.

Redner konnte auch nach zweistündigem, in maximaler Lordose zugebrachtem Bettliegen in fünf Fällen von orthotischer Albuminurie, bei Erwachsenen, die nach viertel- bis halbstündigem Stehen Eiweiß ausgeschieden hatten, eine Eiweißausscheidung nicht konstatieren.

Er ist daher nicht in der Lage, bei der geringen Zahl nicht untersuchter Fälle auf die Angabe Jehles und ihre Tragweite einzugehen.

Steiskal kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die orthostatische Albuminurie ist sicher manchmal mit Nephritis verbunden.

2. Eine weitere Gruppe von orthostatischen Albuminurien hängt mit dem Wachstum zusammen, ist eine Pubertätsalbuminurie und klingt dann längstens in 2 bis $2^1/_2$ Jahren ab.

Daneben gibt es noch eine andere Form jahrelang bestehender orthostatischer Albuminurie. Die anatomische Nierenläsion prägt sich in solchen Fällen in Verschiedenheit der Sekrete und der Funktion beider Nieren aus.

Das auslösende Moment des Orthostatismus bildet eine mangelhafte Anpassungsfähigkeit der Vasomotoren und die dadurch bedingte verminderte Strömungsgeschwindigkeit in den Nierengefäßen während des Stehens bei bestehender abnormer Blutverteilung. *i. m.*

IV. Literatur.

Seltene und weniger bekannte Tripperformen. Von Dr. Louis Jullien, aggr. Prof. und Chirurg in St. Lazare. Autorisierte Übersetzung von Dr. Georg Merzbach. Berlin, Wien und Leipzig. Verlag Alfred Hölder, 1907. Preis 3 Kronen.

Aus den Vorlesungen des bekannten und erfahrenen Meisters im Jahre 1905 sammelte sein Assistent Dr. Belgodère das hier deponierte Material, das dem deutschen Leserkreise in willkommener Übersetzung präsentiert wird.

Nach Besprechung des modernen Standpunktes in der Tripperfrage werden die abweichenden Formen, präurethrale, ano-rektale, bukkale und nasale Gonorrhoe, Tripper bei Kindern, die tripperähnlichen Erkrankungen, die gonorrhoischen Ulzerationen, endlich die tödlich verlaufenden Fälle besprochen. Besonders liebevoll wird das Kapitel der gonorrhoischen Ulzerationen, bekanntlich eine Entdeckung Julliens, deren Existenz noch Anlaß zu Streitfragen bildet, behandelt. Die Fülle eigener Beobachtungen sowie die genaue Kenntnis der einschlägigen Literatur, deren sichtbaren Ausdruck das jedem einzelnen Kapitel beigefügte ausführliche Literaturverzeichnis bildet, machen das originelle, auf reiche Erfahrung basierte Werk zu einer wertvollen Bereicherung unseres Bücherschatzes.

Die Impotenz des Mannes. Für Ärzte dargestellt von Dr. Orlowski, Spezialarzt in Berlin. Würzburg. A. Stubers Verlag (Curt Kabitzsch) 1907.

Das 78 Seiten starke Heftchen ist in der Absicht geschrieben, den Wert der Kollikulushypertrophie für die Pathologie, den Erfolg der Kaustik des Kollikulus für die Therapie der Impotenz zu betonen. Diesem in der Vorrede angegebenen Zwecke sind jedoch nur 16 Seiten (pag. 21—31, respektive 53—60) gewidmet, während der übrige Inhalt mehr „zur Abrundung des Ganzen erörtert“ wird. Diese Abrundung besteht in anatomischen, physiologischen und hypothetischen Bemerkungen über Potenz und Impotenz, die in vielen anderen Werken weit besser, genauer und abgerundeter, wenn auch nicht in solcher Kürze wie hier, zu finden sind. Weiters werden die sexuelle Neurasthenie, die krankhaften Samenverluste, die psychische Impotenz sowie die allgemeine und spezielle Therapie dieser Erscheinungen durchbesprochen. Auch hier findet sich kein Grund, gerade dieses Büchlein anderen bewährten Arbeiten vorzuziehen. Bleibt also der Kollikulus. Autor hat 300 Fälle beobachtet. Die Bemerkungen über die Pathologie der Hypertrophie sind lesenswert, die therapeutischen Erfolge gewiß sehr ermutigend, aber sie würden nach Meinung des Referenten weit besser in einen anderen Rahmen passen. Ein Buch mit diesem Titel verlockt, in der Auslage des Buchhändlers zur Schau gestellt, auch viele Laien zur Lektüre. Für diese ist es schädlich oder kann es schädlich werden. Für die Ärzte hingegen ist die „Abrundung“ nicht nötig, da eine kurze Publikation dem Zwecke besser entsprochen hätte. *R. Grünfeld.*

Drei Jahre Gallensteinchirurgie. Von Prof. Dr. H. Kehr (unter Mitwirkung von Dr. Liebold und Dr. Neuling). J. F. Lehmanns Verlag. München 1908.

Nach dem Titel zu schließen würde man vermuten, daß das Buch für den Chirurgen bestimmt ist, in Wirklichkeit handelt es sich aber um ein Werk, das gerade für den Internisten von großer Bedeutung ist.

K. berichtet in kritischer Weise über 312 Laparatomien am Gallensystem, teilt ausführlich die Krankengeschichten mit, bespricht den Operationsverlauf und den Ausgang der Krankheit; in einer Epikrise wird die Besonderheit des Falles hervorgehoben. Wer sich die Mühe nimmt, die auf 492 Seiten wieder-



gegebenen Fälle genau durchzustudieren, wird reichlich entlohnt durch Bereicherung seines diagnostischen und namentlich differentialdiagnostischen Wissens und durch eine Fülle von neuen Ausblicken auf die Therapie der so häufigen Erkrankungen der Gallenwege. In dem zweiten Teile des Buches werden die mitgeteilten Krankengeschichten wissenschaftlich beleuchtet, es werden die Operationstechnik, die Anamnese und Ätiologie, die Prognose, die pathologische Anatomie der Erkrankungen der Gallenwege (nebst der Pankreaserkrankungen) und die Nachbehandlung nach Gallensteinlaparatomien ausführlich besprochen.

V. Aus der Praxis.

Typhus-Galleröhren zur Frühdiagnose des Typhus. Bisher fehlte es an einer einfachen Untersuchungsart, welche die Frühdiagnose des Typhus ermöglichte. Die sonst bewährte Agglutinationsreaktion tritt bekanntlich oft erst in der zweiten Typhuswoche oder noch später auf. Auch die Untersuchung von Stuhlproben hat noch 50% Fehlresultate im Typhusbeginn. Die Untersuchungen von Conradi und Kayser haben nun ergeben, daß zur Frühdiagnose des Typhus die Anreicherung von Blut in reiner Rindergalle sich als ausnehmend diagnostisch brauchbar erweist. Während Conradi die Rindergalle mit Glyzerin und Pepton versetzt, wendet Kayser nur reine Galle an. Letzterer gibt nun folgendes Verfahren an: 5 *cm*³ steriler Rindergalle werden in Röhrchen bereit gehalten und am Krankenbett mit Blut versetzt, und zwar können bis zu etwa 2·5 *cm*³ Blut in dieser Gallenröhre aufgesogen werden. Die Stelle, an der das Blut entnommen werden soll, Ohrläppchen, Fingerkuppe oder Ellenbogenvene, wird vorher mit Seife, Spiritus, Äther und einem Desinfizienz gewaschen. Letzteres wird von der Haut mit frisch abgekochtem Wasser gespült. Die Gallenblutmischung kommt auf etwa 14 bis 20 Stunden in 37°, worauf etwa vorhanden gewesene wenige Keime in großer Menge, zumeist als Reinkultur, gewachsen sind. Einige Tropfen der angereicherten Blutmischung werden auf eine Drigalski-Conradi-Agarplatte gebracht und verteilt.

Gehen überhaupt Keime auf, so sind nach der oben genannten Zeit zumeist unzählige Kolonien auf dieser Anstrichplatte. Etwaige Saprophytenkeime werden von den Typhus- oder Paratyphuskeimen überwuchert. Bei allen Typhus, welche in der ersten Woche zur Untersuchung kamen, konnte Kayser durch die Blutreicherung in Galle die Erreger aus dem Blute züchten. In der zweiten und dritten Woche gelangen 58% bezw. 40% seiner Blutkulturen. Verfasser empfiehlt für die späteren Wochen die Vornahme der Agglutinationsprobe. Die Firma E. Merck in Darmstadt bringt die 5 *cm*³ Galleröhren (Typhusgalleröhren) mit Gummiverschluß in postvorschriftsmäßigen Hülsen in den Handel. Bei verdächtigen Krankheitsfällen braucht der praktische Arzt diese Röhren nur mit 2·5 *cm*³ Blut zu beschicken und sie an eine bakteriologische Untersuchungsstelle zu senden.

VI. Notizen.

Wien. In den Tagen vom 21.—25. d. M. fand hier der Internationale Rhino-Laryngologenkongreß statt. Wir kommen selbstverständlich noch ausführlich auf denselben zurück und bemerken nur für heute, daß derselbe am 20. in der Volkshalle des Rathauses begrüßt wurde und am 21. vom Statthalter Graf Kielmannsegg in Vertretung des Erzherzogs Franz Ferdinand eröffnet wurde. Am Nachmittag desselben Tages wurden die laryngologischen Kliniken und Ambulatorien besichtigt. Am 22. war Empfang im Rathause und am 25. fand ein Bankett statt. Professor Marschall hat eine Türk-Czermak-Plaquette entworfen, die sämtlichen Teilnehmern übermittelt wurde.

Zürich. Dr. S. Rodari habilitierte sich an der hiesigen Universität als Privatdozent für Magen- und Darmkrankheiten.

Berlin. Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht hat in der letzten Sitzung beschlossen, die Generalversammlung am 27. Mai im Reichstagsgebäude abzuhalten. Eine Sitzung des Ausschusses wird am Tage vorher ebenfalls im Reichstagsgebäude stattfinden.

Die alljährlich vom Zentralkomitee einberufene Tuberkuloseärzteversammlung wird in diesem Jahre am 15. und 16. Juni stattfinden, um den Besuchern Gelegenheit zu geben, einige der süddeutschen Heilstätten zu besichtigen.

Die Honorarfrage der Ärzte in Deutschland. Zwischen den deutschen Lebensversicherungs-Gesellschaften und dem deutschen Ärztevereinsbunde bestehen bekanntlich seit einigen Monaten Meinungsdifferenzen in der Honorarfrage für vertrauensärztliche Zeugnisse und hausärztliche Berichte, infolge welcher sich jüngst in Eisenach eine erweiterte Kommission des Verbandes deutscher Lebensversicherungs-Gesellschaften mit dem Entwurfe eines neuen Vertrages mit dem deutschen Ärzteverein beschäftigte. Der Verband hatte bekanntlich seinerzeit die in der Honorarfrage vom Ärztetag in Münster gefaßten Beschlüsse abgelehnt und die von ihm angebotene Honorarstaffelung für das äußerste erklärt, was die Gesellschaften zu bieten vermögen. Es ist nunmehr in sechsstündiger Beratung mit den Vertretern des Ärztevereines ein neuer Vertragsentwurf aufgestellt worden. Dieser Entwurf geht zunächst an den Verband der Lebensversicherungs-Gesellschaften und an den Geschäftsausschuß des Ärztevereinsbundes zur Begutachtung und wird dann als etwaige Vorlage dem diesjährigen Ärztetage unterbreitet werden. Man einigte sich auf eine Staffelung der Honorare dergestalt, daß

	bei Anträgen zu Versicherungen	für vertrauensärztliche Zeugnisse	für hausärztliche Berichte
bis zu .	5.000 Mk.	10 Mk.	5.— Mk.
von . .	5001 bis 19.999 „	15 „	7.— „
von . .	20.000 „	20 „	10.— „

gezahlt werden sollen. Zur Beurteilung der finanziellen Wirkung der Honorarstaffelung hat der Verband der Lebensversicherungs-Gesellschaften Erhebungen angestellt, aus denen sich ergibt, daß für das Jahr 1906 nach dem geltenden Einheitstarif zwei Millionen Mark zu zahlen waren, davon Mk. 1,800.000 an Vertrauensärzte, Mk. 200.000 an Hausärzte. Nach der vorgeschlagenen Staffelung wären Mk. 2,396.000 zu entrichten gewesen, und zwar Mk. 2,106.000 an Vertrauensärzte, Mk. 290.000 an Hausärzte. Es würde sich sonach eine Mehrleistung ergeben von 17% an die Vertrauensärzte und 45% an die Hausärzte, 19·8% an die Vertrauensärzte und Hausärzte zusammen.

Ein neues Eisenpräparat. Ein Präparat, welches in hohem Maße dem Blute Eisen zuzuführen imstande ist, ist das Nähr- und Kräftigungsmittel Ferromanganin, ein wissenschaftlich erprobtes Spezifikum, das nicht nur bei Bleichsucht, Skrophulose, Neurosen usw. wirkt, sondern auch gegen alle Verdauungsstörungen. Dieses vorzügliche Spezifikum ist dabei nicht nur angenehm zu nehmen, und selbst bei Kindern beliebt, sondern es gestattet auch infolge des mäßigen Preises von K 3·50 pro Flasche eine wenig kostspielige und dabei doch überaus wirksame Kur. Man achte beim Einkauf stets auf den Namen Ferromanganin und weise alle Ersatzpräparate zurück. Ferromanganin ist fast in allen Apotheken zu haben.

VII. Offene Stellen.

Die **Nathaniel Freiherr von Rothschildsche Stiftung** für Nervenkranke in Wien geht daran, eine Anstalt für Nervenkranke in Wien geht daran, eine Anstalt für Nervenkranke an der Peripherie des Wiener Gemeindegebietes zu errichten. Die Anstalt ist bestimmt für Nervenkranke mit Ausschluß der Geisteskranken, unheilbaren Epileptiker und der Kranken mit anatomischen Erkrankungen des Gehirnes und Rückenmarkes. Vorläufig sollen zwei Pavillons für je 50 Kranke errichtet werden; für später ist die Erweiterung für etwa 300 Kranken in Aussicht genommen. Das Kuratorium beabsichtigt schon jetzt den leitenden Arzt zu ernennen, damit derselbe beim Bau und der Einrichtung der Anstalt mitwirken könne. Bewerber um diese Stelle, die Ärzte mit Doktorgrad sein müssen, werden ersucht, Offerte an das Kuratorium der Stiftung (Wien I., Hohenstaufengasse 10) zu richten, in denen sie ihre Qualifikation zur Leitung einer solchen Anstalt nachweisen und ihre Gehaltsansprüche bekannt geben. Der leitende Arzt muß in der Anstalt wohnen und auf die Ausübung von Privatpraxis verzichten. Die Angestellten der Anstalt haben Anspruch auf Ruhe- und Versorgungsbezüge. Anfragen und Auskünfte sind zu richten an Prof. Wagner v. Jauregg, Wien, I., Landesgerichtsstraße 18. Der Termin dieser Konkurrenz läuft ab am 15. Mai 1908.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor
Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 18. Wien, 2. Mai 1908. Nr. 18.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Leopold v. Schrötter †.

„Fallen seh ich Zweig auf Zweig“. Dieser Satz Grillparzers drängte sich noch vor nicht gar zu langer Zeit jedem in den Sinn, wenn von den Ruhmesträgern der großen Epoche der Wiener medizinischen Schule aus der Zeit Rokitansky-Skoda einer nach dem andern hinsank.

Nun lebt schon lange keiner mehr von ihnen und die Reihe ist an den „Epigonen“, dem natürlichen Menschenschicksale anheimzufallen.

Von diesen „Epigonen“, von dieser zweiten Generation fällt nunmehr „Zweig auf Zweig“. Die glänzenden Repräsentanten dieses durch wissenschaftliche Großtaten hervorragenden und in den glorreichen Traditionen der Vorgänger wurzelnden jüngeren Geschlechtes, Stricker, Meynert, Auspitz, Eduard Albert, Ludwig Mauthner, Störk, Kundrat, Gruber, Kaposi, Neumann und noch mancher andere sind schon seit längerem heimgegangen und nun folgt ihnen auch v. Schrötter.

Am 22. d. M. starb unerwartet und plötzlich der sonst rüstig und frisch erscheinende Vorstand der dritten medizinischen Klinik, Hofrat Professor Dr. Schrötter v. Kristelli, 71 Jahre alt, scheinbar im Vollbesitze seiner körperlichen Gesundheit, mitten in erhebender Arbeit und froher Erfüllung edler gesellschaftlicher und ernster wissenschaftlicher Pflichten, am Tage der Eröffnung des ersten internationalen Laryngologenkongresses, der ihn zu seinem Ehrenpräsidenten erkoren hatte. 1837 in Graz geboren, studierte er in Wien und legte auch seine übrige Lebensbahn da zurück. Sein Vater, der berühmte Chemiker, dem die Wissenschaft die Entdeckung des amorphen Phosphors verdankt und langjährige Generalsekretär der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, war ihm ein leuchtendes Vorbild in wissenschaftlichem Streben und treuer Pflichterfüllung.

Nach beendeten Universitätsstudien wurde er Operationszögling bei Schuh und dann klinischer Assistent bei Skoda, in welcher Stellung er vom Schreiber Dieses, dem bei Skoda damals inskribierten Hörer, 1866/67 angetroffen wurde. Er galt uns Studenten als unübertroffener Interpret der Lehren des Meisters in der noch ziemlich neuen physikalischen Untersuchung, speziell der Thoraxorgane. Das ist auch das Gebiet, in welchem er sein Leben lang brillierte und Andere überragte. Schon damals beschäftigte er sich intensiv, sogar auch schon lehrend, mit der jungen Laryngoskopie, in welchem Fache seine Mitstrebenden, Störk und Johann Schnitzler, ihm den Weltruf unserer Schule mehren halfen. Nach seiner Habilitierung wurde ihm bald die Supplierung der durch Oppolzers Tod — der ein Opfer der damaligen Typhusepidemie wurde — 1871 verwaisten Lehrkanzel übertragen, und nicht lange darnach wurde er der Vorstand der eben und fast ad personem, gleichsam versuchsweise, gegründeten Klinik für Laryngologie. Bei aller Hingebung für dieses Fach war es ihm aber doch ein zu enger Wirkungskreis und nach langem Mühen und nach Überwindung bedeutender Hindernisse und Schwierigkeiten erreichte er es 1890, ordentlicher Professor und Vorstand der neu gegründeten dritten medizinischen Klinik zu werden.

Die Kehlkopfklinik gab er nunmehr an Störk ab und er konnte mit Liebe und Eifer seinem Lebenszwecke, interne Medizin nach dem Vorbilde und im Sinne seines Lehrers Skoda zu tradieren, sich ganz hingeben. In dieser Stellung ereilte ihn plötzlich das Ende, kurz vor seinem ohnehin bevorstehenden Abgange, der mit Ende dieses Schuljahres gesetzmäßig — er war schon in Absolvierung seines Ehrenjahres begriffen — erfolgen sollte.

Zahlreiche Schüler gingen aus seiner Werkstatt hervor. Schlesinger, Sternberg, Kobler und andere in geringeren akademischen Stellungen, viele tüchtige praktische Ärzte, sowie die Laryngologen Großmann, Chiari, Juffinger, Catti, verehren in ihm ihren Meister. Eine stattliche Reihe wissenschaftlicher Abhandlungen zeigt von seiner Vielseitigkeit, die ihn neben seinem Lieblingsfache, der Laryngologie, fast das gesamte vaste Gebiet der inneren Medizin lehrend und forschend zu beherrschen befähigte.



Ein besonderes und sehr großes Verdienst erwarb sich Schrötter durch Propagierung der modernen Behandlungsart der Tuberkulose der Atmungsorgane und durch Gründung des Musterinstitutes Alland, welches ein Segen und eine Wohltat den armen und mittellosen „Lungenkranken" geworden ist.

Schrötters wissenschaftliche Hauptleistung ist wohl seine bahnbrechende „Behandlung der Larynxstenosen"; daneben sind hervorzuheben:

Das Kapitel der Herzkrankheiten im Handbuche von Ziemssen, „Die Behandlungsmethode der Echinokokkuszysten", die erste Beschreibung des Vorkommens von Lepra und Pemphigus im Kehlkopf, „Über die Häufigkeit des Vorkommens von Perichondritis laryngea", sowie das „Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten". Aus der letzten Zeit stammen sein Referat „über die Herzinsuffizienz" für den Karlsbader Kongreß für innere Medizin sowie auch die Abhandlung: „Zur Kenntnis der Dekompressionserkrankungen". Auf Vollständigkeit in der Aufzählung seiner Arbeiten kann an dieser Stelle nicht reflektiert werden, zur Gewährung eines Überblickes genügt das Mitgeteilte.

Auch um die Balneologie hat Schrötter sich durch Gründung und Förderung einer Reihe von Kurorten mannigfacher Art spezielle Verdienste erworben und der „Zentralverband der Balneologen Österreichs" würdigte diesen Teil des Wirkens Schrötters dadurch, daß er ihn zu seinem Ehrenmitgliede wählte.

Schrötter war ein vorzüglicher Lehrer, ein ausgezeichneter Demonstrator, sein Vortrag war klar, fließend, lebendig und temperamentvoll, von humorvollen Einstreuungen gewürzt, dabei von streng logischer Gliederung. Die zwingende Logik seiner Darlegungen erinnerte häufig an das große Vorbild seines Meisters Skoda, dessen logisches Denken ja sprichwörtlich geworden ist. Freilich verfügte er nicht über das sonore Organ und die faszinierende Suada Skodas. Immerhin gehörte er zu den besten Sprechern unserer Schule, er besaß zweifellos rednerische Begabung, eine Eigenschaft, auf welche man bei Besetzung der Lehrkanzeln leider recht häufig viel zu wenig Rücksicht nimmt.

Als Mensch war Schrötter vornehm in seiner Denkweise, gutmütig, jovial und liebenswürdig, als Kollege korrekt und tadellos, als Arzt weichherzig und human. „Nehmt alles nur in allem", er war ein „prächtiger Kerl". Ehre seinem Andenken.

Professor S. Klein (Bäringer).

Über das Wesen und die Behandlung des Schwarzwasserfiebers.

Von **Dr. L. Sofer.**

Das Schwarzwasserfieber (Febris biliosa haemoglobinurica) wurde früher als eine besonders schwere Form der Malaria aufgefaßt. Demgegenüber betonten Koch und Tomaselli mit Entschiedenheit, daß der Schwarzwasserfieberanfall eine Chininvergiftung sei. Koch stützte sich dabei auf die Tatsache, daß fast stets in der Anamnese dem Anfalle Chiningebrauch vorausgegangen ist, und daß das klinische Bild durchaus dem gleicht, welches man sonst nach Einverleibung von Blutgiften beobachtet.

Dagegen kommt Nocht zum Schlusse, daß der Schwarzwasserfieberanfall weder auf einer angeborenen Disposition beruht, noch kommt er durch ähnliche Erscheinungen zustande, wie sie zur paroxysmalen Hämoglobinurie führen. Das Schwarzwasserfieber ist auch keine selbständige Infektionskrankheit, sondern beruht auf einer Disposition zur Hämolyse, die sich auf Grund einer Malariainfektion entwickelt. Die einzelnen Anfälle werden immer durch chemische Einwirkungen, Medikamente, wie Antipyrin, Phenazetin u. dgl. ausgelöst, am häufigsten durch Chinin bei den zu Schwarzwasserfieber Disponierten. Die Entstehung dieser Disposition bei Malariakranken ist weder auf eine besondere Schwere der Infektion, noch auf die Infektion mit bestimmten Parasiten, noch auf den Tropenaufenthalt, noch auf die neuerdings in England behauptete Mischinfektion (Komplikation mit Piroplasmose) zurückzuführen. Auch das Entstehen von Autohämolysinen im Blute kann nicht als Erklärung für die Entstehung der Schwarzwasserdisposition herangezogen werden. Andererseits weisen die Beobachtungen darauf hin, daß die Auflösung der roten Blutkörperchen nicht durch direkte Einwirkung von Chinin und anderen Stoffen erfolgt, sondern unter Mitwirkung innerer Organe, der Leber, der Milz, der Niere vor sich geht. Die Widerstandsfähigkeit der roten Blutkörperchen eines Schwarzwasserkandidaten gegen Chinin ist dieselbe, wie die der Blutkörperchen Gesunder; in der Aufnahme der roten Blutkörperchen für Chinin und in der dadurch bewirkten Volumsvergrößerung besteht kein Unterschied gegenüber den anderen Malariakranken. Die autohämolytische Wirkung von Milzsaft, Leber- und Nierensaft wird durch Chininzusatz erheblich gesteigert und man wird sich unter Berücksichtigung des Umstandes, daß alle Schwarzwasserfieberkandidaten auch ohne die Einwirkung des Chinins und außerhalb des Anfalles ikterisch und blutarm sind und eine geschwollene Milz haben, also die Zeichen einer subakuten Blutdissolution bieten, das Zustandekommen der Hämolyse durch Chinin bei Schwarzwasserfieberkandidaten so vorstellen müssen, daß es bei gewissen Fällen von Malaria zu einer Vermehrung der autohämolytischen Kraft der Leber, Milz und Nieren kommt, so daß das Hinzutreten von geringen Mengen von Chinin genügt, um eine akute Steigerung der Blutdissolution, die sich als Hämoglobinurie äußert, herbeizuführen.

Obwohl Nocht dies abzulehnen scheint, wäre in diesem Zusammenhange auf die Untersuchungen von Korschne und Morgenroth (Berlin, Klin. Wochenschr. 1902) zu verweisen, die aus verschiedenen Organen von Säugetieren — Pankreas, Nebennieren, Milz, Magen, Darm autohämolytische Substanzen gewannen, die die Blutkörperchen der Tierart, von der sie gewonnen sind, aufzulösen imstande sind. Normales Serum hebt schon in geringen Mengen ihre Wirkung auf, besonders soll nach Salkowski Cholestearinester als Schutzkörper eine wichtige Rolle spielen, was J. Morgenroth und K. Reicher in der „Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 38, 1907" auf Grund von Tierversuchen bestätigen. Die Erprobung dieser Resultate bei Malaria und Schwarzwasserfieber wäre wohl angezeigt.

Deaderick erklärt im „Journal of Americ. Assoc. Nr. 22" ebenfalls die vorhergehende Malariainfektion als conditio sine qua non (ebenso Prout auf der letzten Jahresversammlung der British Medical Association). Deaderick sagt weiters, daß die Rolle des Chinins noch nicht ganz geklärt sei, sie könne nur eine sekundäre sein. Durch Übersättigen der Leber mit Hämoglobin kommt es allmählich zu einer Überproduktion hämoglobinbildender Rezeptoren der Leberzellen, die in die Zirkulation abgestoßen werden und sich hier mit einem Komplement des normalen Serums zu einem Hämolysin vereinigen. Bei langsamer Hämolysinbildung entsteht ein Antihämolysin.

Von anderen Voraussetzungen geht Dammermann aus. Auch er bezeichnet (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23, 1906) die Malaria als die unerläßliche Vorbedingung für das Auftreten von Schwarzwasserfieber. Wir wissen, daß sich bei Einverleibung gewisser Gifte oder Bazillen Antitoxine in dem Blutserum des betreffenden Tieres bilden. Wir wissen aber auch, daß ebenfalls Bakterien eine Anpassungsfähigkeit an ihre künstlichen oder natürlichen Nährböden besitzen und durch fortgesetzte Züchtung auf einem Boden, auf den sie anfangs kümmerlich gediehen, in ihrer Virulenz gesteigert und dadurch in einer ihrer Eigenheit entsprechenden Weise zu dem Kampfe gegen den tierischen Organismus besonders befähigt werden können. Es ließe sich sehr wohl denken, daß in einem unter fortgesetzter Chininwirkung stehenden Körper, in dem aber die verabfolgte Menge nicht ausreicht, um die Malariaplasmodien zu



vernichten, diese nun ihrerseits nach Ehrlichs Seitenkettentheorie mit hapophoren Eigenschaften ausgestattet werden, die schließlich zu einer Hämozytolyse führen. Daß sich Malariaplasmodien bei demselben Individuum nicht gleichmäßig verhalten, beobachtete Dammermann selbst, da er später bis 1 *g* zur Beseitigung der Fieberanfälle geben mußte, während anfangs 0·5 *g* genügten. Dammermann berührt sich hier mit den Ehrlichschen Trypanosomenstudien, die bekanntlich ergaben, daß mit der Zeit sich atoxylfeste Trypanosomenstämme bildeten, die sogar diese Eigenschaft vererbten. (Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Der neueste Streich des Barons v. Hein. — Familienangehörigenversicherung.)

Durch einen Ukas hat Herr v. Hein, dessen innigstes Ziel der Ruin unseres ganzen Standes zu sein scheint, eine Entscheidung herbeigeführt, die einen Zustand heraufbeschwört, dessen gesetzliche Einführung die Ärzte bisher mit aller Gewalt verhinderten. Doch das Gesetz ficht die großen Geister am grünen Tisch nicht an; eine einfache Verordnung hebt das Gesetz auf. Man höre und staune, was dieser Feind des Ärztestandes uns zu bieten wagt. Diese Verordnung, die in weiteren Kreisen noch nicht bekannt zu sein scheint, hat folgenden Wortlaut:

Anläßlich des Gesuches einer Bezirkskrankenkasse um Genehmigung von Statutenänderungen, welche unter anderem die Einführung einer Familienangehörigenversicherung bezweckten, hat das k. k. Ministerium des Innern der betreffenden politischen Landesbehörde über deren Ersuchen folgende informativen Weisungen zugehen lassen:

Die Bezirkskrankenkassen können in ihren Statuten Bestimmungen vorsehen, wodurch den (nichtversicherungspflichtigen) Familienangehörigen der Kassenmitglieder (dem Ehegatten, den Kindern und sonstigen im Haushalte des Kassenmitgliedes lebenden Angehörigen) freie ärztliche Behandlung und die unentgeltliche Verabfolgung von Heilmitteln im Erkrankungsfalle, eventuell auch ein Beerdigungskostenbeitrag im Todesfalle zugesichert wird (Angehörigenversicherung), ohne daß diese Angehörigen hiedurch Kassenmitglieder werden. (!)

A. Wird diese Begünstigung den Familienangehörigen aller Kassenmitglieder eingeräumt, so stellt diese Angehörigenversicherung lediglich (!) eine Erweiterung der Kassenleistungen im Sinne des § 9 K. V. G. dar, deren Kosten nicht durch abgesonderte Beiträge, sondern im Rahmen der Beitragsleistung für die Krankenversicherung überhaupt zu decken sind. Demnach haben für die aus dieser Angehörigenversicherung entspringenden Mehrkosten alle Mitglieder beziehungsweise auch die Arbeitgeber mit der entsprechenden Beitragsquote aufzukommen.

Bei diesem Umstande kann die Gewährung der hier in Betracht kommenden Benefizien selbstverständlich nicht von dem Ermessen der Kasseverwaltung abhängig gemacht werden, beziehungsweise erscheint hinsichtlich der Anspruchsrechte auf dieselben zwischen den Angehörigen der versicherungspflichtigen und der freiwilligen Mitglieder eine Differenzierung nur insoweit statthaft, als das Krankenversicherungsgesetz eine solche Differenzierung überhaupt gestattet.

Da eine derartige (sogenannte obligatorische) Angehörigenversicherung einen Teil der allgemeinen Krankenversicherung bildet, ist für diesen Zweig der Krankenversicherung kein besonderer Kassenfonds (Kassenabteilung) vorzusehen, doch besteht kein Anstand, im Kassenstatut die Bestimmung zu treffen, daß über die (im Rechnungsabschlusse der Krankenkassen enthaltene) Gebarung der Angehörigenversicherung, soweit als tunlich, jährlich ein besonderer Rechnungsausweis aufgestellt wird. Ist zu der in Rede stehenden Erweiterung der Kassenleistungen eine Erhöhung der Beiträge erforderlich, so muß dieselbe in der Generalversammlung sowohl von den Vertretern der Arbeitgeber als auch von denjenigen der Kassenmitglieder nach gesonderter Beratung in gesonderter Abstimmung, und zwar bei jeder Abstimmung mit absoluter Majorität der Anwesenden beschlossen werden (§ 26, Absatz 2, zweiter Satz, K. V. G.).

Die finanziellen Voraussetzungen für die Einführung einer solchen (obligatorischen) Angehörigenversicherung sind dann als gegeben zu erachten, wenn die für eine Erweiterung der Versicherungsleistungen gesetzlich und statutarisch geforderten Bedingungen erfüllt sind. Das Krankenversicherungsgesetz fordert diesbezüglich aber keineswegs, daß die Kasse bereits einen Reservefonds in der gesetzlichen bezw. statutarischen Mindesthöhe angesammelt haben müsse; es besteht demnach gegen die Einführung der obligatorischen Angehörigenversicherung weder vom gesetzlichen noch versicherungstechnischen Standpunkte ein Bedenken, wenn die der Kasse durch die Angehörigenversicherung voraussichtlich erwachsende Mehrbelastung die vorgeschriebene Ansammlung oder die Erhaltung eines entsprechenden Reservefonds nicht in Frage gestellt, bezw. wenn diese Mehrbelastung durch eine verhältnismäßige Beitragserhöhung die nach dem finanziellen Stande der Kasse erforderliche Deckung findet.

Eine allgemeine Norm für die Berechnung des Beitragserfordernisses der obligatorischen Angehörigenversicherung läßt sich im Hinblick auf die große Verschiedenheit in den für diese Versicherungen maßgebenden Momenten (Verhältnis der Gesamtzahl der zu versichernden Familienangehörigen zur Zahl der beitragsabstattenden Mitglieder; Einrichtung und Kosten des ärztlichen Dienstes) in einzelnen Fällen nicht aufstellen. Es wird Sache der Kasse sein, (durch (auf die konkreten Verhältnisse gestützte) rechnerische Aufstellungen den Nachweis zu erbringen, daß das voraussichtliche Kostenerfordernis seine mutmaßliche Deckung in den geplanten Maßnahmen finden wird.

B. Im Gegensatze zu der vorbehandelten Angehörigenversicherung kann durch das Statut einer Bezirkskrankenkasse die Angehörigenversicherung auch auf eine bestimmte Gruppe von Kassenmitgliedern eingeschränkt werden (freiwillige Angehörigenversicherung). In diesem Falle ist für die Angehörigenversicherung, weil sie mit der allgemeinen Krankenversicherung nicht in unmittelbarem und untrennbarem Zusammenhange steht, ein besonderer Fonds (Abteilung) vorzusehen, welcher vom Reservefonds der Kasse getrennt zu verwalten und zu verrechnen ist. Bei Errichtung einer derartigen Angehörigenversicherung kommt die finanzielle Lage und Gebarung der Kasse zwar im allgemeinen nicht so sehr in Betracht, doch kann schlecht fundierten Kassen auch die Errichtung einer solchen Angehörigenversicherung nicht empfohlen werden. Der Beitritt zu diesem Versicherungszweige kann nur ein freiwilliger sein, die Beiträge sind im Statut ziffermäßig genau festzusetzen und von den an diesem Versicherungszweige beteiligten Kassenmitgliedern zur Gänze aus eigenem aufzubringen. Die Beiträge können pro Mitglied oder aber pro Kopf der versicherten Angehörigen festgesetzt werden. Auch bei dieser Art der Angehörigenversicherung ist festzuhalten, daß es sich um dem Ermessen der Kasseverwaltung entrückte Versicherungsleistungen handelt und gelten im übrigen die ad A. gemachten Bemerkungen.

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für Betriebskrankenkassen, wobei nur zu beachten ist, daß diesen Kassen freiwillige Mitglieder nicht angehören können. (§ 46 K. V. G.

Hier ist ein energisches Vorgehen notwendig. Wir wissen heute, daß in Österreich nur der etwas erreicht, der schreit. Unsere Freunde im Parlamente müssen ihre Stimme erheben und in einem Dringlichkeitsantrage der Regierung zu verstehen geben, daß wir uns nicht gutwillig den Paschalaunen des Herrn v. Hein, den die Krainer nicht ohne Grund aus ihrem Ländchen hinauskomplimentierten, ausliefern lassen

wollen. Jedenfalls ist hier ein energisches Vorgehen notwendig. Auch machen wir unsere Kollegen im Parlamente rechtzeitig darauf aufmerksam, daß sie darauf achten sollen, daß Dr. Heilinger, der Protektor der Zahntechniker sie nicht wieder überrumpelt und die betreffende Vorlage nicht wieder ohne erste Lesung dem Sanitätsausschusse zugewiesen wird. Hier ist ein offenes Wort an den Präsidenten des Abgeordnetenhauses notwendig.

Der 25. Kongreß für innere Medizin.

Wien, 6. bis 9. April.

Als erster Redner spricht v. Rosthorn über die Beziehungen des Genitale zum weiblichen Gesamtorganismus.

Über die mächtige Beeinflussung des gesamten Organismus durch das weibliche Genitale besteht kein Streit. Die biologische Bedeutung der Ovarien wird aus den Folgen der Kastration klar. Und zwar können wir als sichergestellte Kastrationseffekte folgende aufstellen: Eine objektiv nachweisbare sekundäre Atrophie des zurückgelassenen Abschnittes des Genitales, ferner das Ausbleiben der Menstruation und ferner die unter dem Namen der „Ausfallserscheinungen" zusammengefaßten hauptsächlich vasomotorischen Erscheinungen. Daß von den Ovarien Stoffe in das Blut übergehen, können wir als sichergestellt anschauen (innere Sekretion). Von den Störungen, die die Menstruation begleiten, sind die häufigsten die des Digestionstraktes. Für den Internisten bieten die als vikariierende Menstruation bekannten Blutungen und die Beziehungen zur Schilddrüse ein besonderes Interesse. Häufig sind Störungen der Herztätigkeit bei Erkrankungen der Sexualorgane. Was das Blut betrifft, so nahm man bei der Chlorose eine Beziehung zum Genitaltrakt an, doch kann man sie auch als Teilerscheinung einer allgemeinen Anämie auffassen. Sehr reichhaltig sind die Begleiterscheinungen von seiten des Nervensystems. Wir wissen heute, daß vielen der im Unterleibe auftretenden Schmerzen nicht ein pathologisch-anatomisches Substrat im Bereiche der Sexualorgane entspricht. Dies ist therapeutisch wichtig, weil es laut gegen eine ärztliche Polypragmasie in der Genitalsphäre bei der Behandlung dieser Leiden spricht. Mit der beherzigenswerten Devise seines Lehrers Chrobak: Primum non nocere schloß Rosthorn seinen ersten Vortrag als klinischer Lehrer auf dem Wiener Boden.

Hierauf sprach der Korreferent Lenhartz (Hamburg) über Frauenheilkunde und innere Medizin.

Getreu dem Satze Liebermeisters, daß die innere Medizin die Mutter der Ärzte bleiben muß, muß der Arzt immer im Auge behalten, daß die Veränderungen, welche die physiologischen und pathologischen Vorgänge an den weiblichen Genitalien im übrigen Organismus hervorbringen, ungeheuer mannigfaltig sind. Was zunächst die Menstruation betrifft, so zeigen gesunde junge Mädchen und Frauen zu dieser Zeit gewöhnlich nur leichte Erregungs- und Ermüdungserscheinungen; nur ein kleiner Teil klagt über deutliche Beschwerden. Gleichwohl braucht auch bei diesen Graden die Lebensfreude keine wesentliche Einbuße zu erfahren; doch ist auch die Zahl jener nicht klein, bei denen wirkliche Störungen eintreten. Hier hat der Arzt zu entscheiden, ob es sich um funktionelle Störungen oder um neurasthenische Zustände handelt. Die In- und Extensität der Allgemeinerscheinungen und der Charakter spielt dabei eine wichtige Rolle. Es gibt kein Organ, welches nicht beteiligt sein kann; so finden sich Kopf-, Rückenschmerzen, Lufthunger, asthmaartige Zustände, Herzklopfen, Herzstechen, Herzkrämpfe, Unregelmäßigkeiten des Pulses usw. Überaus häufig sind auch Magenschmerzen, nervöse Durchfälle, Verstopfungen, Schmerzen in den Gliedern. Man hat überraschend oft Gelegenheit, ein wellenförmiges Aufsteigen und Absinken (Ebbe und Flut) bei diesen Beschwerden zu beobachten. Die prägnantesten Fälle sieht man bei Leuten mit labilem psychischen Verhalten. Wie Kisch zuerst beschrieb, beobachtet man bei jungen Mädchen vor der ersten Periode Anfälle von starkem Herzklopfen, viel seltener raschere Herztätigkeit. Diese Fälle pflegen günstig zu verlaufen. Häufig beobachtet man eine Schwellung der Schilddrüse, die nach der Menstruation wieder abschwillt, aber nicht völlig zurückgeht. Gerade diese Fälle zeigten lebhafte Erregungszustände. Große Beachtung ist den neurasthenischen und hysterischen Zeichen beizulegen. Auch auf die durch die verfehlte, moderne Erziehung bedingte Unterernährung der jungen Mädchen ist besonders zu achten. Die Erregung kann sich zu einer wirklichen Menstruationspsychose steigern. Manchmal treten durch Jahre hindurch echte epileptische Anfälle zur Zeit der Periode auf. Schiff und Fließ fanden eine eigenartige Beziehung zur Nasenschleimhaut, indem sie durch Kokainisierung derselben schmerzhafte Störungen beseitigten. Chrobak und Schauta haben diese Erfahrungen bestätigt, andere Autoren bestritten. Ähnlich strittig ist die Frage des sogenannten Menstruationsfiebers. In den von manchen Autoren mitgeteilten Fällen erscheint die Annahme eines chronischen Gelenksrheumatismus viel wahrscheinlicher. Weit öfter führt die Schwangerschaft zu Allgemeinstörungen, weil hier viel größere Anforderungen an den Organismus gestellt werden. Am bekanntesten ist das Erbrechen der Schwangeren. Vieles spricht für den rein nervösen Ursprung. Es drängt sich der Gedanke auf, daß manchmal toxische Zustände im Spiele sind. Die Psyche wird häufig in der Schwangerschaft ungünstig beeinflußt; manchmal treten krankhafte Aufregung, viel häufiger Depressionszustände auf, die sich noch deutlicher im Wochenbett und während der Laktation dokumentieren. Viele Autoren nehmen eine stetige Zunahme der Muskelsubstanz des Herzens an, besonders soll der linke Ventrikel hypertrophieren. Nach den Erfahrungen des Vortragenden ist sie klinisch nie sicher nachzuweisen, da die Brustdrüsen und das hochstehende Zwerchfell eine genaue Feststellung verhindern. Für das Auftreten von Herzerkrankungen und wirklicher Klappenfehler im Anschlusse an die Schwangerschaft fehlt jeder Kausalnexus. In der Laktationsperiode tritt oft eine auffällige Neigung zur Fettsucht hervor; wieviel davon auf Rechnung der übermäßigen Ernährung zu setzen ist, ist noch nicht sichergestellt. Von den Folgen, welche das natürliche und künstliche Klimakterium nach sich zieht, interessieren den Internisten am meisten Veränderungen am Herzen und den Gefäßen. Es findet sich Herzklopfen, Herzstechen; die objektive Prüfung ergibt nicht selten deutliche Vergrößerung des Herzens.

Die Internisten können es nicht genug begrüßen, daß sich bei den Frauenärzten in den letzten Jahren ein Umschwung zugunsten der konservativen Richtung vollzogen hat. Bei profusen Blutverlusten ist ein Übergang zur bösartigen Anämie möglich. Auffallend sind die Beziehungen des Puerperiums zur Fettsucht. Nach einer Entfettungskur können geregelte Verhältnisse auftreten. Vom Diabetes wissen wir, daß er manchmal Sterilität bedingt. Die Tuberkulose wird durch Schwangerschaft und Wochenbett sehr schlecht beeinflußt, schwere Kehlkopf- und Lungentuberkulose kommen oft erst in dieser Zeit zum Ausbruche. Bei Herzkranken treten die Menses in der Regel um zwei bis drei Jahre später ein. Der Ablauf der Schwangerschaft bei Herzkranken richtet sich nach dem Grade der Kompensation. Die von älteren Autoren behauptete ungünstige Prognose der Schwangerschaft bei Herzkranken trifft nach neueren Erfahrungen nicht zu. Vortragender hat selbst bei schweren Herzfehlern überraschend oft gesehen, daß die Frauen fünf bis sechs Geburten gut überstanden. Nierenkranke erfahren in der Schwangerschaft oft eine Steigerung ihrer Beschwerden, die Wanderniere ist in der Regel belanglos.

Häufig sind Magenbeschwerden in der Schwangerschaft, doch ist bekannt, daß sie während derselben auch ganz verschwinden können. Eigenartig sind die Fälle von fieberhaftem Ikterus, welche der Menstruation sechs bis acht Tage vorangingen. Bekannt ist das häufige Auftreten von Appendizitis mit Genitalleiden und die schwierige Differentialdiagnose in solchen Fällen; einseitige Lokalisation spricht mehr für Appen-



dizitis. Chronische Appendizitiden erfahren häufig eine Verschlechterung.

Der Vortragende warnt zum Schlusse eindringlich vor der Polypragmasie. Allerdings drängen viele Frauen selbst zu operativen Eingriffen; sie leiden an einer Mania operatoria passiva. Man muß sich ferner energisch gegen die Verweichlichung in der Erziehung der jungen Mädchen von heutzutage wenden, welche es gestattet, daß dieselben während der Menstruation zwei Tage im Bette liegen bleiben; öftere mäßige Bewegung wirkt hier viel besser. (Forts. folgt.)

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Mangelhaft endlich sind die Erfahrungen über die Opsonine beim Meningokokkus, denen von den Engländern Houstin und Rankin in jüngster Zeit wieder nicht bloß für die Diagnose sporadischer Fälle von Genickstarre, sondern auch für die Diagnose zweifelhafter Stämme des Meningokokkus das Wort geredet wurde.

Der demnach bakteriologisch gut studierte Meningokokkus hat, wie allgemein bekannt ist, für die menschliche Pathologie deshalb eine so große Bedeutung erlangt, weil er die Ursache einer gefürchteten Krankheit ist, die für gewöhnlich unter dem Bilde einer akuten Zerebrospinalmeningitis auftritt und gemeiniglich „Genickstarre" genannt wird, eine Erkrankung, die zum Teile rasch zum Tode führt, in einer Anzahl von Fällen aber auch ausheilen oder durch Rekrudeszenz des Prozesses einen protahierten Verlauf nehmen kann, um schließlich mit Siechtum oder letal zu enden.

Diese Erkrankung wird teils sporadisch, teils epidemisch beobachtet und ist — wie die bakteriologischen Berichte von Ensor und Balfour aus Khartoun, Stewart aus Pretoria, Castellani aus Ceylon und von Buchánan aus Rhadanpur in Bengalen beweisen, allem Anscheine nach über die ganze Erde verbreitet.

Da die klinischen Symptome und die pathologisch-anatomischen Veränderungen nicht immer, und unter allen Umständen den spezifischen Charakter der Krankheit feststellen lassen, ist für die Diagnose dieses Morbus sui generis allein der Nachweis des Meningokokkus maßgebend.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei der Genickstarre um Reininfektionen, doch sind der Fälle genug schon bekannt, die als Misch- oder Sekundärinfektionen anzusehen sind. Die Bakterien, die dabei in Frage kommen, sind Arten, die auch sonst Meningitis oder Zerebrospinalmeningitis zu erzeugen imstande sind, wie der Tuberkelbazillus, der Diplococcus pneumoniae, der Streptococcus pyogenes, der Influenzabazillus u. a. m., eine Tatsache, die nur beweist, daß der Genickstarre in dieser Hinsicht unter den spezifischen Infektionskrankheiten keine Ausnahmestellung einzuräumen sei. Dahingegen sind Mischinfektionen mit dem Diplococcus crassus, den v. Lingelsheim mit dem von Jaeger beschriebenen Kokkus identifiziert, in den Arbeiten, die diesem Berichte zugrunde liegen, nirgendwo bekannt gegeben und auch unsere eigenen, ein großes Material umfassenden Untersuchungen haben diese in der oberschlesischen Epidemie gemachten Erfahrungen nicht bestätigen können.

Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus ist die Veränderung des Zentralnervensystems nicht als eine primäre Affektion dieses Organkomplexes anzusehen, sondern als eine sekundäre; denn die Eintrittspforte des Virus liegt außerhalb desselben, am häufigsten allem Anscheine nach in der Nasenhöhle oder im Nasenrachenraume, wo es entweder eine manifeste Entzündung hervorrufen oder sich wie ein Saprophyt verhalten kann. Die hier erzeugte Entzündung kann lokal bleiben oder als solche wieder abklingen oder geht mit oder ohne vorherige Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase und der Paukenhöhlen auf die Hirnhäute über. Die Meinungen über den Weg, der hiebei eingeschlagen wird, gehen heute noch auseinander, indem ein Teil der Autoren den lymphogenen, ein anderer Teil den hämatogenen als den ausschließlichen erklärt. Uns erschiene es vorderhand richtiger und den vorhandenen Beobachtungen besser entsprechend, beide Wege gelten zu lassen.

In der Mehrzahl der Fälle nun bildet die manifeste Meningitis oder Zerebrospinalmeningitis die einzige sekundäre Lokalisation des Meningokokkus, in einer Reihe von Fällen aber kann es noch zu anderen, ausschließlich hämatogenen Metastasen kommen, unter denen Endokarditis, Peri- und Myokarditis, Pleuritis, Nephritis, Arthritis, Ophthalmitis, sowie Spermatozystitis und andere mehr zum Teile mehrfach schon beobachtet sind. Diesen Allgemeininfektionen, die anderen Infektionskrankheiten mit pyämischem Charakter gleichgestellt werden müssen, können die ungleich selteneren Fälle septichemischen Charakters ohne Meningitis gegenübergestellt werden, deren einer jüngst wieder von Andrewes in England einwandfrei beschrieben wurde.

So sehen wir denn, daß sich die Infektion mit dem Meningokokkus zwanglos den anderen Infektionskrankheiten angliedern läßt, ihre Sonderstellung aber in der auffallenden Affinität ihres Erregers zum Zentralnervensysteme zeigt. Die schon hervorgehobene Tatsache aber, daß die Erkrankung auf die Eintrittspforte beschränkt bleiben oder als Allgemeininfektion ohne Meningitis verlaufen kann, läßt es uns opportun erscheinen, Begriff und Wesen dieser Krankheit weiter zu fassen als bisher und dem vulgären Typus derselben auch einen solchen sine meningitide gegenüberzustellen. Die Bedeutung gerade dieser Form der Meningokokkeninfektion, vor allem der als Meningokokkenpharyngitis bezeichneten lokalen Infektion, ist heute allgemein anerkannt und epidemiologisch von der größten Tragweite. Sie stellt das Hauptkontingent der „Kokkenträger" und bildet das Bindeglied zwischen den klinisch markanten Fällen einerseits und den Fällen andererseits, die, ohne subjektive Erscheinungen zu zeigen, verschieden lange Zeit — in einem Falle von uns, der noch in Beobachtung ist, schon länger denn fünf Monate — virulente Meningokokken aus dem Sekrete der Nasenrachenhöhle isolieren lassen. Wenn aus dieser Tatsache auch nicht auf ein ubiquitäres Vorkommen des Meningokokkus geschlossen werden darf, so schöpfen wir aus ihr doch das Verständnis für die Fälle von Beobachtungen, die — scheinbar ohne Zusammenhang mit Genickstarrekranken und deren Umgebung — den Erreger der Genickstarre im Nasenrachensekrete nachweisen lassen, nicht minder das Verständnis für die sporadisch außerhalb und zwischen den Epidemien auftretenden Fälle typischer Erkrankung.

Der Nachweis des Meningokokkus im Sekrete der Nasenrachenhöhle begegnet allerdings insofern gewissen Schwierigkeiten, als unserem heutigen Wissen zufolge gerade in diesem Teile des Respirationstraktes Bakterienarten vorkommen, die mit dem Meningokokkus mehr oder weniger große Ähnlichkeit zeigen. Die Zahl dieser Arten ist groß und noch nicht begrenzt, ebenso ist nicht bekannt, wie viele von ihnen für den Menschen pathogene Bedeutung haben. Sicher ist dies nur für den Micrococcus catarrhalis Pfeiffer, einer ziemlich häufig vorkommenden Spezies, deren Fähigkeit, pathologische Prozesse des Respirationstraktes hervorzurufen, zweifellos feststeht. Ob der für Tiere pathogene Micrococcus meningitidis spurius oder Pseudomeningokokkus, den Droba und Kučera bei ihren Untersuchungen in der Epidemie von Galizien im Jahre 1905 wiederholt aus dem Nasensekrete von Personen aus der Umgebung Genickstarrekranker züchten konnten, eine vom Meningokokkus differente Art darstelle, erscheint noch fraglich.

Ebenso unentschieden ist die Frage, welche Bedeutung den angeblich positiven Befunden des Micrococcus gonorrhoeae Neisser im Nasenrachensekrete zukomme. Wenn auch heute die alten Beobachtungen über die pathologischen Veränderungen der Mund-Rachenschleimhaut durch Gonokokken mit Rücksicht auf die Fortschritte in der Diagnostik dieser Bakteriengruppe entschieden kritischer beurteilt werden müssen



als früher, so ist doch nicht ohneweiteres die Möglichkeit von der Hand zu weisen, daß Gonokokken wenigstens zeitweise im Nasenrachensekrete vorkommen können, zumal bei Kindern der ersten Lebenswochen, die in der nicht gerade seltenen Blenorrhoea neonatorum eine Infektion mit Gonokokken akquirieren, andererseits aber auch an einer Infektion mit Meningokokken erkranken können. Die Bedeutung des Gonokokkus als des nächsten Verwandten vom Meningokokkus ist aber auch daraus ersichtlich, daß diejenigen seiner Prozesse beim Menschen, die pyämischen Charakter aufweisen, in der Lokalisation der Metastasen eine auffallende Übereinstimmung zeigen mit den analogen Infektionen des Meningokokkus, abgesehen davon, daß gleichzeitige Infektionen mit Meningokokken und Gonokokken unter den beiden Bakterien zukommenden typischen vulgären Krankheitsbildern auch schon beobachtet sind. Den uns darüber bekannt gewordenen Mitteilungen zufolge dürfte künftighin die Beobachtung einer Meningitis cerebrospinalis Weichselbaum mit Endokarditis, Arthritis und Prostatitis oder Spermatozystitis und gleichzeitig bestehender akuter Gonorrhoe eigentlich keine Verwunderung erregen und gäbe eine sicherlich interessante Probe diagnostischen Könnens in der Bakteriologie!

Denn die Differenzierung des Meningokokkus von seinen Verwandten und dieser untereinander ist nicht immer leicht und rasch möglich.

Vom praktisch-klinischen Standpunkte aus wird diese strenge Forderung in ihrem ganzen Umfange wohl nur dann zu erfüllen sein, wenn es sich um die Identifizierung eines Kokkus handelt, der außerhalb des Zentralnervensystems gefunden wird, vor allem bei den Gram-negativen Kokken aus dem Respirationstrakte, der zweifellos als Hauptfundstätte dieser Arten anzusehen ist. Handelt es sich dagegen um die Untersuchung des Exsudates einer Meningitis cerebrospinalis — gleichgültig, ob in vivo oder post mortem — so wird man nach unseren bisherigen Erfahrungen sich meistens mit dem nach der Gram-Methode gefärbten Deckglaspräparate begnügen können, vorausgesetzt, daß das zur Untersuchung verwendete Exsudat unter den nötigen Kautelen gewonnen wurde, weil nach unseren bisherigen Erfahrungen in einwandfreier Weise nur für den Meningokokkus in dieser Kokkengruppe der Beweis erbracht ist, Meningitis oder Zerebrospinalmeningitis erzeugen zu können.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Das Erbrechen Schwangerer. Von Dr. Ernst Runge.

Runge stellt folgende Ätiologie für die reine Hyperemesis gravidarum auf: Die Hyperemesis beginnt als reine Reflexneurose; kommt sie in diesem Stadium nicht zur Heilung, so kann sie durch Schädigung der Leberfunktion und der Nierentätigkeit eine Retention von Schwangerschaftsgiften zur Folge haben, welche zur tödlichen Intoxikation führen.

Was die Therapie der Hyperemesis gravidarum anlangt, so versichere man sich zuerst, ob nicht irgend ein Genitalleiden, speziell Neubildungen oder eine Retroflexio, vorliegt und beseitige diese nah Möglichkeit. Dasselbe gilt von einem eventuellen Ulcus ventriculi und anderen, selteneren ätiologischen Ursachen.

Kann man alle diese Momente ausschalten, so schreite man zur Behandlung der Hyperemesis selbst. Handelt es sich um leichtere Formen, z. B. um morgendliches Erbrechen, so empfehle man, abgesehen von geeigneter Kleidung (kein Korsett usw.) und Regelung des Stuhlganges, vor allem eine bestimmte Diät. Die Schwangere soll niemals größere Mahlzeiten zu sich nehmen und alle ihr nicht zusagenden Speisen meiden. Die Nahrungsaufnahme verteile sie auf häufige Mahlzeiten, womöglich alle 2—3 Stunden. Hiebei soll sie möglichst liegen; vor allem nehme sie das erste Frühstück im Bette ein und bleibe danach noch $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde in Rückenlage. Warme Suppen werden oftmals Übelkeit erregen, während kalte Getränke zur Mahlzeit fast immer angenehm empfunden werden. Überhaupt soll man die Schwangere reichlich Flüssigkeit zu sich nehmen lassen, um auf diese Weise eine möglichst ausgedehnte Durchspülung des Körpers und damit eine Elimination der im Überschuß gebildeten Gifte herbeizuführen. Daneben gehe eine psychopathische Behandlung einher. Außerdem kann man auch das eine oder andere der vielen gegen die Hyperemesis empfohlenen Medikamente versuchen. Weitaus die meisten derselben verdanken allerdings ihre Wirkung wohl der Suggestion; am ehesten kann man noch einen Erfolg von der Darreichung von Anästhetizis erwarten, so Cerium oxalicum (0·1 in Pulver, dreimal täglich kurz vor der Mahlzeit), Orexinum hydrochlor. (0·3—0·5, zweimal täglich in Pulver oder Pillen) usw. Oehlschläger will gute Erfolge von der Darreichung von Natr. bicarbon. 8·0, Tinct. Strychni 3·0, Aqua dest. 150·0, Syr. Cinnamom. 30·0, zwei- bis dreistündlich ein Eßlöffel) gesehen haben. Monin empfiehlt ebenfalls das Natr. bicarbon., da er die Hyperemesis auf eine abnorme Magensekretion zurückführt. Turenne verabfolgte mehrfach mit gutem Erfolge Ovariin (Merck) (30—40 *cg* pro die), wobei er von der Anschauung ausging, daß es sich ätiologisch bei der Hyperemesis um eine Verhaltung der menstruellen Ausscheidung handle, die Frau somit gleich einer amenorrhoischen zu behandeln sei. Winter schlägt die Darreichung von Brom vor.

In schwereren Fällen, wo alle diese Maßnahmen keinen Erfolg zeitigen und jede Mahlzeit sofort wieder ausgebrochen wird, ja, wo sich auch Erbrechen von gallig-schleimigen Massen ohne vorherige Nahrungsaufnahme einstellt, eine Erscheinung, die den Frauen zur großen Qual wird, empfiehlt sich die Isolierung der Kranken in einer Anstalt. Hier hat sich neben einer geeigneten Psychotherapie vor allem völlige Abstinenz von allen Speisen für 24 Stunden als das beste Mittel erwiesen, wie auch Goetze aus der Martinschen Klinik in Greifswald an einer größeren Zahl von Fällen zeigen konnte. An Stelle der Nahrungsaufnahme per os treten dann Nährklystiere, eventuell unter Zusatz von 15—20 Tropfen Tinct. opii simpl. pro Liter bei erhöhter Reizbarkeit des Darmes. Hat das Erbrechen auf diese Weise ausgesetzt, so verabreiche man in den nächsten Tagen neben den Nährklystieren leicht verdauliche Speisen und gehe, wenn die Erscheinungen der Hyperemesis sich nicht wieder einstellen, allmählich zur gewohnten Nahrung über.

Bleiben jedoch trotz aller dieser Maßnahmen die Krankheitserscheinungen bestehen, so kann man noch die von vielen Autoren empfohlenen Kochsalzklystiere versuchen. Diese Autoren gehen hiebei von dem Gedanken aus, daß die Hyperemesis auf einer Vergiftung des mütterlichen Körpers beruhe, und streben danach, diese Gifte durch eine reichliche Wasserzufuhr und Durchspülung des Körpers gewissermaßen aus diesem herauszuwaschen. Man verabfolge mittels hohen Darmrohres am Tage 4—6 Klistiere a 1 *l*; bei starker Empfindlichkeit des Darmes muß man auf $^1/_2$—$^1/_3$ *l* zurückgehen und dementsprechend die Zahl der Klistiere erhöhen. Diese Therapie muß so lange fortgesetzt werden, bis sich kein Erbrechen oder Übelkeit mehr einstellt. Sollten die Kochsalzlösungen vom Darm aus nicht vertragen werden, so kann man sie nötigenfalls auch subkutan applizieren.

Bleibt, wie es in seltenen Fällen geschieht, trotzdem Erbrechen weiter bestehen, so daß die Kranke immer mehr herunterkommt, an Gewicht dauernd verliert, und vor allem die Folgen der Vergiftung lebensbedrohliche werden, so muß zur Beseitigung der Frucht durch künstlichen Abort geschritten werden. Bis auf seltene Ausnahme verschwindet hierauf das Erbrechen sofort. Man wird zu diesem Radikalmittel jedoch nur in den allerseltensten Fällen greifen müssen, da man mit den oben angegebenen therapeutischen Maßnahmen fast stets völlig auskommen wird, oder doch wenigstens den Zustand so lindern kann, daß dem Leben der Schwangeren keine Gefahren mehr drohen. In vereinzelten Fällen bringt jedoch auch der künstliche Abort keine Rettung mehr und die Kranken gehen dann unter dem Bilde der Vergiftung zugrunde. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2. 1908.)



Kritische Bemerkungen und Erfahrungen über die Bewertung der Ophthalmoreaktion. Von Prof. Dr. Paul Krause und Prof. Dr. E. Hertel, Jena.

Die einfache Handhabung und die präzise Wirkung der Wolff-Calmetteschen Methode würden für die Praxis von großem Nutzen sein. Jedoch mahnen uns die Verfasser der vorliegenden Arbeit zu großer Vorsicht.

Stimmten auch die an ihren Augenkranken gewonnenen Resultate insofern mit den übrigen überein, daß da, wo Tuberkulose nachweisbar war, auch die Ophthalmoreaktion positiv ausfiel, so glaubten sie doch, von weiteren Versuchen mit derselben Lösung bei Augenkranken absehen zu müssen wegen des starken Reaktionsanfalles, vor allem bei Patienten mit phlyktänulären Erkrankungen. Ist es auch gelungen, in allen Fällen die Veränderungen zur Rückbildung zu bringen, so dürfte es doch zum mindesten bedenklich sein, Patienten lediglich zu diagnostischen Zwecken ein Mittel zu applizieren, durch welches Veränderungen gesetzt werden, die wochenlange augenärztliche Behandlung erfordern können.

Von Wichtigkeit scheint es zu sein, daß durch ihre Fälle dargetan werden konnte, daß selbst Residuen längst zum Stillstand gekommener Prozesse auch bei älteren Erwachsenen wieder aufflackern und Veranlassung zu hartnäckigen Rezidiven werden können. Die besonders starke Reaktion bei phlyktänulären Erkrankungen oder deren Residuen ist möglicherweise bedingt durch den lokalen Prozeß. Denn einmal trat die Reaktion auch auf in einem Falle, in dem Tuberkulose nicht nachgewiesen werden konnte, und dann war sie bei den übrigen Augenerkrankungen nicht so stark und hartnäckig, vor allem fehlte die stärkere Mitbeteiligung der Conjunctiva bulbi.

Sonst war ein nennenswerter Einfluß auf die Reaktion nur da zu sehen, wo die Konjunktiva mit affiziert war (Katarrh, Reizung durch die Kochsalzinjektionen), bei den anderen Affektionen, namentlich denen des Fundus, verlief die Reaktion ähnlich wie bei Patienten mit gesunden Augen.

Es dürfte sich demnach vor Anwendung der Ophthalmoreaktion eine genaue Inspektion des äußeren Auges empfehlen, namentlich auch mit Rücksicht auf Residuen früher überstandener phlyktänulärer Erkrankungen. Bei positiven Befunden sollte die Reaktion, wenigstens mit 1%igem phenol- und glyzerinfreiem Alttuberkulin (Trockenpräparat) nicht vorgenommen werden. Daß auch bei Indikationen nach Calmettes Originalvorschrift schwere Komplikationen bei Augenkranken eintreten können, beweisen die Befunde von Wiens und Günther.

Alles in allem erscheint demnach die Anwendung des von ihnen zuerst gebrauchten glyzerin- und phenolfreien Trockenpräparates des Alttuberkulins (Höchst) in ½- und 1%iger Lösung zur Ophthalmoreaktion als durchaus ungeeignet.

Sie wenden seit sechs Wochen ausschließlich das gewöhnliche Alttuberkulin Koch in der oben beschriebenen Weise an und haben es bei mehr als 100 Kranken instilliert, ohne die unangenehmen Nebenwirkungen zu sehen. Über ihre weiteren Erfahrungen beabsichtigen sie, wenn sie mehrere 100 Fälle studiert haben werden, zu berichten. N.

*

Über das Verhalten des chromaffinen Gewebes bei der Narkose. Von Dr. H. Schur und Dr. J. Wiesel.

Die Versuche wurden in der Weise angestellt, daß eine größere Anzahl von Kaninchen verschieden lange Zeit (eine halbe Stunde bis fünf Stunden) mit Äther, Chloroform oder Billrothscher Mischung narkotisiert wurde. Es wurden dann sowohl die Nebennieren der noch in der Narkose getöteten Tiere untersucht, als auch Tiere verschieden lange Zeit nach dem Erwachen aus der Narkose getötet (eine, drei, sechs bis 12 Stunden) und dann das Verhalten der Nebennieren studiert.

Die untersuchten Nebennieren zeigten zunächst histologisch folgendes Verhalten: Schon bei verhältnismäßig nicht lange dauernder Narkose, gleichgültig, mit welchem Mittel narkotisiert wurde (zirka drei Viertelstuuden), ließ sich eine Abnahme der Chromierbarkeit der Marksubstanz konstatieren Die Abnahme tritt — ähnlich wie während starker Körperarbeit — in der Weise auf, daß einzelne Zellen sich nicht mehr mit den Chromsalzen imprägnieren lassen, leer erscheinen, während andere noch deutlich chromierbar sind. Der Unterschied gegenüber der diffusen Chromimprägnierung der chromaffinen Zellen des normalen Tieres fällt sofort auf. Auch hier beginnt, wie bei den arbeitenden Tieren, die Abnahme der Chromierbarkeit an den mehr rindenwärts gelegenen Teilen. Wird die Narkose noch weiter fortgesetzt, so werden immer mehr Zellen achromaffin und Tiere, die drei bis fünf Stunden in der Narkose lagen, haben überhaupt keine chromierbare Substanz mehr. Gleichzeitig mit dem völligen Verluste der Chromierbarkeit verlieren die Extrakte solcher Nebennieren die Fähigkeit, Mydriasis am Froschauge hervorzurufen und geben keine Eisenchloridreaktion. Beide Tatsachen sprechen deutlich für das Verschwinden des Adrenalins aus den chromaffinen Zellen während tiefer Narkose. Daß das Adrenalin während der Narkose in vermehrter Menge in das Blut gelangt, glauben wir deswegen annehmen zu müssen, weil das Serum von Kaninchen, die eine bis zwei Stunden in der Narkose lagen, mydriatisch wirkt, während das Serum des gesunden Tieres diese Eigenschaft nicht besitzt. Bei noch länger dauernder Narkose (vier bis fünf Stunden) läßt sich kein Adrenalin mehr im Serum nachweisen. Läßt man die Tiere aus tiefer Narkose erwachen, so findet man schon einige Stunden später Auftreten der Chromreaktion (die Zeit schwankt) und acht bis zwölf Stunden nach durchgemachter Narkose besitzen die Zellen wieder ihre volle Chromierbarkeit, sowie die übrigen Eigenschaften des normalen chromaffinen Gewebes. (Wiener klin. Wochenschrift Nr. 8, 1908.)

*

Über den therapeutischen Wert des Öles und Knochenmarkes bei Magenkrankheiten. Von Doz. Dr. Karl Walko.

W. hat seit 1903 Gelegenheit gehabt, an einem reichen Material (interne Abteilung des Spitales der Barmherzigen Brüder in Prag) den therapeutischen Wert der Ölkur bei den verschiedensten Magenkrankheiten zu prüfen, und wenn auch seine anfängliche Begeisterung für das Mittel sich durch die langen Jahre der Beobachtung auf das Maß einer kritischen Indikationsstellung beschränkt hat, so konnte er sich doch in der Mehrzahl der Fälle von der günstigen Wirkungsweise dieses einfachen Mittels für die klinische und ambulatorische Behandlung überzeugen, besonders aber in der Armenpraxis, wo die Einhaltung der verschiedenen kostspieligen oder auch komplizierten Kostformen unmöglich ist.

Die mindere Bewertung der Ölkuren liegt wohl nur in dem Umstande, daß das Öl in einzelnen Fällen mit Widerwillen und Ekel genommen und nach ein- bis zweimaligen Versuchen wieder aufgegeben wird. Mit Widerwillen, gezwungen getrunken, kann es Übelkeiten, Aufstoßen, Druck im Magen, ja selbst Erbrechen und Verdauungsstörungen herbeiführen. Im allgemeinen ist aber die Abneigung gegen das Öl keine so große, als man nach dem gesagten annehmen müßte. So hat W. bei seinen Spitalskranken bei vielhundertfacher Darreichung nur äußerst selten einen unüberwindlichen Ekel beobachtet, während dies bei Privatpatienten häufiger der Fall war, so bei verwöhnten Kranken mit verfeinertem Geschmacke, besonders dann, wenn man von vornherein mit größeren Dosen beginnt.

Die Qualität des Öles spielt eine große Rolle; ranziges Öl wird wie ranzige Butter, abgesehen von dem Ekel beim Essen, noch durch den Reiz der Fettsäuren auf den Magen und Darm, Verdauungsbeschwerden und Sekretionsstörungen, bei längerem Gebrauche Übelkeit, Erbrechen, Magen- und Darmkatarrhe verursachen. Da fast jedes käufliche Öl einen gewissen Grad von Fettsäurebildung aufweist, so ist auf diesen Umstand besonders zu achten. Um die Möglichkeit der Reizwirkung der, sei es im Magen gebildeten, oder mit dem Öle eingeführten Fettsäuren zu vermeiden, gibt W. immer Schüttel-



mixturen von Öl und Alkalien, Natrium bicarbonicum oder Magnesia usta.

Er verfährt gewöhnlich in der Weise, daß zuerst 10 *g* Natrium bicarbonicum in möglichst wenig Wasser gelöst und mit der zu verabreichenden Menge von Öl ordentlich durchgeschüttelt werden; das in feinster Emulsion befindliche Öl wird abgegossen und kalt oder warm getrunken.

Es gibt nun eine Reihe von Modifikationen der Verordnung des Öles, die die unangenehme Geschmackswirkung etwas abschwächen, so die Beifügung von Oleum menthae, 0·1—0·2 *g* Menthol oder Sardinenöl als Geschmackskorrigens zu den Schüttelmixturen. Von vielen Patienten wird das angenehmer schmeckende Mandelöl oder die Mandelmilch, Emulsio amygdalina vorgezogen; schließlich kann das Öl auch in Verbindung mit verschiedenen Zuckerarten gereicht werden, z. B. als Elaeosaccharum citri oder Menthae cum saccharo lactis. So verwendet W. schon seit Jahren gegen Hyperazidität folgende Verbindung: Extractum belladonnae 0·3, Magnesium ustae 10, Elaeosaccharum menthae cum saccharo lactis 6·0, kaffeelöffelweise nach dem Essen mit sehr gutem Erfolge. Von größeren Dosen, 200—300 *g* Öl, ist er im allgemeinen abgekommen, da auch kleineren Mengen dieselbe sekretionshemmende Wirkung zukommt und gibt jetzt die Schüttelmixtur bei Ulkus meist körperwarm, ein oder zwei Eßlöffel bis höchstens 100 *g*. Die Ölkur wird im allgemeinen auf zwei bis drei Wochen ausgedehnt. Eine längere Dauer der Verabreichung des Öles als drei bis vier Wochen empfiehlt sich deshalb nicht, da die Saftsekretion des Magens eine zu starke und nachhaltige Hemmung erfährt und daraus neuerliche Beschwerden entstehen könnten. Die Zeit der Verabreichung richtet sich je nach der Art der Erkrankung; so empfiehlt es sich, bei hyperaziden Zuständen mit Rücksicht auf die säurehemmende Wirkung das Öl oder die Mandelmilch eine bis eine halbe Stunde vor dem Essen zu geben.

Ein Vorteil der Ölkur scheint ferner darin zu liegen, daß sie beliebig mit anderen bewährten Behandlungsmethoden kombiniert werden kann, wie mit medikamentöser, diätetischer und mechanischer Behandlung. So kann z. B. beim Magengeschwür Bismutum subnitricum, Airol, Dermatol usw. in Öl suspendiert gegeben werden. (Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 3. April 1908.

Friedrich Necker berichtet über die Fulgurationstherapie des Dr. Kesting-Hart in Marseille und über die Resultate der Methode bei Karzinomen und Sarkomen und demonstriert Photographien des Instrumentariums und die Originalelektroden von Dr. Kesting-Hart.

Robert Lichtenstern stellt ein 26jähriges Mädchen vor, der wegen Nierentuberkulose die linke Niere entfernt wurde. Die Untersuchung der Patientin, die seit 3 Jahren an Harnbeschwerden und zuletzt an sehr heftigen kolikartigen Schmerzen im Abdomen litt, ergab die Wahrscheinlichkeitsdiagnose Verödung und Destruktion der rechten Niere und Vergrößerung der linken. Bei der Operation (Freilegung beider Nieren) ergab sich aber, daß die linke Niere in einen Eitersack verwandelt war, die rechte dagegen normal geblieben war. Die falsche Diagnose läßt sich aus der Kreuzung der Ureteren erklären.

Eduard Spiegler stellt einen Fall von Hautgangrän bei Herpes zoster nach Röntgenbehandlung infolge Leukämie vor. Die Eruption war ursprünglich nicht gangränös und läßt sich der Vorgang so erklären, daß die Haut, wiewohl äußerlich scheinbar vollkommen intakt, durch die Röntgenbehandlung doch in ihrer inneren Textur so verändert war, daß sie durch einen nachfolgenden entzündlichen Prozeß wie der Zoster zur Gangrän gebracht wurde.

Maximilian Sternberg fragt, ob der Patient Arsenik genommen habe.

Spiegler erwidert, daß der Patient Arsen erhalten hat. Er wollte in diesem Falle nur die Beziehungen zwischen Zoster und der mit Röntgenstrahlen vorbehandelten Haut hervorheben.

Sternberg ist der Ansicht, daß der Herpes zoster wohl auf das Arsenik zurückzuführen sei, gerade bei Leukämie und Pseudoleukämie verursache die Arseniktherapie häufig Herpes zoster.

Diskussion über den Vortrag v. Stejskal: Über orthotische Albuminurie.

Franz Chvostek ist ebenfalls der Ansicht, daß die orthotische Albuminurie ein Symptom ist, das bei verschiedenen Zuständen auftritt. Ihr häufiges Auftreten gerade bei Erkrankung der Niere ist durch die Beziehungen der Albuminurie zur Niere gegeben; die Anschauung aber, daß allen orthotischen Albuminurien eine Nephritis zugrunde liegt, ist durch nichts bewiesen. Es gibt Fälle von Nephritis, die orthotischer Typus der Eiweißausscheidung zeigen, Fälle von orthotischer Albuminurie, die in Nephritis übergehen können und endlich Fälle, bei denen wir irgendwelche Beziehungen zu entzündlichen Veränderungen der Niere vermissen. Für das Zustandekommen der Erscheinungen der orthotischen Albuminurie liegt eine große Reihe von Hypothesen vor. So trennt Loeb die orthotischen Albuminurien streng von nephritischen auf Grund des Verhaltens der Harnwege beim Stehen und der Korányischen Koeffizienten, die sich so verhalten, wie bei Herzfehlern im Stadium der Dekompensation. Er stellt in den Mittelpunkt die Veränderungen des Herzens im Sinne des Wachstumsherzens, deren Funktionsstörung zur Stauung in den Venen und so zur Albuminurie führt.

Jehle sieht in Veränderungen der Wirbelsäule, in einer Lordose, das Wesentliche des Prozesses. Durch diese Lordose soll es zu mechanischen Veränderungen kommen.

Pelnař nimmt an, daß jene Momente, die beim normalen Menschen zu einer Stauung in den Nierenvenen bei aufrechter Körperhaltung führen, bei Orthostatikern infolge abnormer vasomotorischer Verhältnisse zu einer Blutüberfüllung im Splanchnikusgebiete führen, die ebenfalls erweiterten Nierengefäße erhalten zu wenig Blut, die Strömung wird verlangsamt. Dadurch wird Oligurie bedingt und wenn nun beim Orthostatiker das Nierenfilter geschädigt ist, Albuminurie.

Keine der angeführten Hypothesen halte aber einer strengen Kritik stand.

Im allgemeinen sind zwei Möglichkeiten gegeben: Entweder sind die Vorgänge, die beim Übergange von der horizontalen in die vertikale Körperstellung eine Schädigung der Niere herbeiführen, so daß die permeablen Organe für Eiweiß durchlässig werden, ganz spezifisch, nur dem Orthostatiker zukommend; diese Annahme ist nach allem, was wir über diese Erscheinung bisher wissen, abzulehnen. Oder aber es handelt sich um gesteigerte, auch beim normalen Individuum sich abspielende Vorgänge, die wegen ihrer größeren Intensität jene Störung der Niere herbeiführen oder es genügen die beim normalen Individuum sich abspielenden Vorgänge bei verändertem Nierenfilter, diese Erscheinungen zutage treten zu lassen. Am ehesten lasse sich die orthotische Albuminurie erklären, indem man annehme, daß nervöse Verhältnisse in der Ätiologie eine Rolle spielen, wobei auch der Zustand der Niere und des Herzens zu beachten sind. Die Erscheinungen werden different sein in einem Falle von normalem Nierenfilter und gesteigerter nervöser Erregbarkeit und in einem Falle mit geschädigtem Nierenfilter und normalen Reflexvorgängen. Ist das Nierenfilter geschädigt, dann genügt die durch den normalen Reflex bedingte Veränderung der Gefäße, um schon zur Albuminurie zu führen, aber auch die durch die Erweiterung der Gefäße bedingte Strömungsänderung durch Nahrungsaufnahme ist für das geschädigte Gewebe nicht gleichgültig und es kann die Albuminurie trotz Nahrungsaufnahme in solchen Fällen voll bestehen bleiben. Das Auftreten der Albuminurie zur Zeit des größten Längenwachstumes der Knochen, das Auftreten zur Zeit der Pubertät und Schwinden mit derselben, das Vorkommen bei Chlorose, die als eine Erkrankung



der Genitaldrüsen anzusehen ist, endlich der Umstand, daß wir im Klimax ähnlichen Erscheinungen reizbarer Schwäche und ähnlichen Erscheinungen von seiten des Gefäßsystems begegnen wie bei unseren Individuen in der Pubertät, lassen für die Formen orthotischer Albuminurie, die wir als Pubertätsalbuminurien deuten, eine nahe Beziehung zur Funktion der Keimdrüsen erschließen.

Für die andere Gruppe von Orthostatikern, bei denen die Erscheinungen über die Pubertät hinaus bestehen bleiben, ohne daß es zu ausgesprochener Veränderung einer Nephritis kommt, kommen möglicherweise die Nebennieren in Betracht. Dafür spricht, daß die Nebenniere ein exquisit nervöses Organ ist, daß sehr enge Beziehungen der Nebennieren zur Niere bestehen.

Theodor Escherich bemerkt, daß die orthotische Albuminurie im Kindesalter ein sehr häufiges und unter den verschiedensten Verhältnissen zu beobachtendes Vorkommnis ist. Durch welche Verhältnisse, auf welchem Wege wird das Symptom der Albuminurie in aufrechter Körperstellung bei den dazu disponierten Individuen ausgelöst? Der Vortragende weist auf die Untersuchungen Jehles hin, die seiner Ansicht nach die Frage gelöst haben, indem es die durch die Stellungsveränderung hervorgebrachte, stark lordotische Krümmung der Lendenwirbelsäule ist, welche wahrscheinlich eine mechanische Zirkulationsstörung der Nierengefäße und dadurch bei disponierten Individuen das Auftreten der abnormen Harnbestandteile und auch gewisser morphologischer Elemente hervorruft.

Jehle konnte auf Grund seiner Beobachtungen über die orthotische Albuminurie folgendes feststellen:

Bei Orthotikern tritt die Eiweißausscheidung regelmäßig dann auf, wenn sich bei ihnen infolge ihrer Körperhaltung eine lordotische Krümmung der Lendenwirbelsäule bildet und fehlt, resp. sistiert ebenso regelmäßig, wenn sie die Lordose spontan ausgleichen oder dieselbe künstlich korrigiert wird.

Schon eine scheinbar sehr geringe Korrektur der Krümmung genügt, um das Auftreten der Albuminurie zu verhindern.

Daher müsse das auslösende Moment der Albuminurie die Lordose sein. Ob die Lordose an sich aber als normal oder pathologisch sei, könne er nicht entscheiden. Was die Art betrifft, wie die Lordose einwirkt, so ist er der Ansicht, daß eine Zirkulationsstörung in den Nieren, vor allem eine venöse Stauung wahrscheinlich sei.

Alexander Strasser konnte bei seinen Untersuchungen der Niere bemerken, daß die Niere reflektorisch außerordentlich erregbar ist, scheinbar viel empfindlicher als viele andere Organe. So können zwei Arten von Kreislaufstörung in der Niere bestimmt Albuminurie erzeugen, nämlich die Ischämie und die Stase. Eine einfache Hyperämie der Niere — noch so groß — erzeugt bei freier Zirkulation niemals eine Albuminurie, selbst nicht, wenn weitgehender Tonusverlust der Nierengefäße vorhanden ist. Eine entnervte Niere zeigt vollständige Abhängigkeit vom Blutdruck und ist dieser gut, so kommt es — soweit wir im Experimente sehen — niemals zu einer irgendwie bedeutenden Albuminurie.

v. Stejskal neigt mehr dazu, die Störung der arteriellen Bahnen anzunehmen und mit Recht, denn auf diese scheint die Niere ungleich empfindlicher zu reagieren als auf Stase.

Die Darlegungen von Jehle und seine einschlägigen Beobachtungen an einem ganz typischen Fall lassen ihn zu dem Schlusse kommen, die Möglichkeit einer reinen orthostatischen Albuminurie anzunehmen, welche auf mechanische Ursache zurückzuführen ist.

Welche Rolle nun die Lordose, welche Jehle in den Vordergrund geschoben hat, spielt, ist noch nicht klar. Es handelt sich um ein sogenanntes hohes Promontorium und er glaubt, daß in einzelnen Fällen vielleicht sogar die Vena cava selbst abgequetscht ist und eine schwere Stase der Nieren macht.

Zum Schlusse bemerkt St. noch, daß es von therapeutischen Gesichtspunkten aus dringend notwendig ist, in die Sache Klarheit zu bringen und speziell zu entscheiden, ob Nephritis da ist oder nicht. Denn die Nephritiker läßt man viel liegen, Orthotiker sollen trainiert werden.

Die Aufrollung der strittigen Fragen ist also nicht nur für die pathogenetische Auffassung des Krankheitsbildes, sondern auch für die Aufgaben der Therapie von größtem Werte.

Otto Paul Gerber hat an Orthotikern jene Stellungsversuche vorgenommen, die nach Angabe Jehles und Nowaks für das Auftreten und Verschwinden des Albumens im Harne Orthotischer bestimmend wären. Bei dreien dieser Fälle konnte er sich mit ziemlicher Konstanz von der Richtigkeit dieser Angaben überzeugen. *i. m.*

IV. Literatur.

Ausgewählte Kapitel der klinischen Symptomatologie und Diagnostik. Von Hofrat Prof. Dr. E. v. Neusser. 3. Heft. Dyspnoe und Cyanose. Verlag von Wilhelm Braumüller.

Neusser, der Meister der Symptomatologie, bringt auch im vorliegenden Hefte ein reiches Tatsachenmaterial systematisch geordnet und in geistreicher Weise analysiert. Man schließt die überaus genußreiche Lektüre mit dem Bewußtsein, viel Neues und viel Interessantes gelernt zu haben und dem Wunsche, es möchten recht bald die weiteren Kapitel folgen.

Die Therapie der Wiener Spezialärzte. Herausgegeben von O. O. Fellner. Urban & Schwarzenberg. 1908.

An dem von Fellner herausgegebenen therapeutischen Nachschlagewerke haben nicht nur Wiener Kliniker, sondern auch Praktiker mitgearbeitet. Es wird auf diese Weise dem auswärtigen Arzte das erstemal ein vollständiges Bild der in Wien üblichen Therapie entrollt.

Bei aller Kürze wird das Wissenswerteste geboten und überall erscheinen die neuesten Errungenschaften der Wissenschaft berücksichtigt. Der physikalischen Therapie wird ein eigenes Kapitel eingeräumt. Dem praktischen Arzte kann das 486 Seiten starke und mit einem übersichtlichen Register versehene Buch bestens empfohlen werden.

Das Geschlechtsleben in der deutschen Vergangenheit. Von Max Bauer. Hermann Seemanns Nachfolger. Berlin-Leipzig.

Zu einer Zeit, in der die Sexualität durch impotente Leute, die sich den Schein der Heiligkeit geben, verschüchtert, ja selbst von Männern der Wissenschaft auf schmälere Diät als von Luter gesetzt, sich ängstlich von der Öffentlichkeit zurückzieht, ist es von Interesse, wie es die vergangenen, urwüchsigeren Geschlechter mit dem Geschlechtsleben gehalten haben.

Und da sehen wir, daß es bis ins 18. Jahrhundert viel toller zugegangen ist; die effektive Monogamie war — abgesehen von den ältesten Zeiten des Germanentums — viel seltener als heutzutage, Ehebruch war auf der Tagesordnung, das ganze Mittelalter hindurch florierte das Dirnenwesen, die öffentlichen Bäder, in denen Männer und Frauen zusammen badeten, bildeten die Stätten, in denen mit den Kleidern auch die sexuelle Befangenheit abgelegt wurde. Erst die um die Wende des 15. Jahrhundertes rasch um sich greifende Syphilis führte zu einer Einschränkung des Bordellwesens und zu einer Sperrung der öffentlichen Badeanstalten.

Der 30jährige Krieg hatte aber wieder eine vollständige Depravation der Sitten zur Folge.

Wer noch immer die Vergangenheit in rosigem Lichte sieht, dem sei die Lektüre vorliegenden Buches empfohlen: er wird daraus entnehmen, daß unsere Zeit nicht nur nicht schlechter, sondern im Gegenteil viel dezenter geworden ist.

Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. Unter Mitwirkung von Fachgelehrten herausgegeben von Doktor O. v. Hovorka und Dr. A. Kronfeld. Mit einer Einleitung von Prof. Dr. M. Neuburger. Mit 28 Tafeln und etwa 500 Textabbildungen. 28 Lieferungen mit je 48 Seiten Text und

1 Tafel à 80 Pf.; Vorzugspreis bis 1. Mai 1908 à 75 Pf. Lieferung 1. Verlag von Strecker & Schröder in Stuttgart.

Die in Europa derzeit gebräuchliche Volksmedizin, sowie die der Naturvölker vergleichsweise erwähnte, dem großen gebildeten Publikum auf vergleichender Grundlage in Wort und Bild vorzuführen, ein anregend geschriebenes, dabei allen wissenschaftlichen Anforderungen genügendes Werk, das durch seine genauen Register über nützliche und schädliche Mittel, und unter anderem nebst einem Verzeichnis der nach vielen Hunderten zählenden benutzten Quellenschriften ein wertvolles Hand- und Nachschlagebuch darstellen wird, zu liefern, war das Ziel der beiden Verfasser.

Die uns vorliegende erste Lieferung läßt den unschätzbaren Wert dieser fleißigen Arbeit erkennen. Das Ganze wird gegliedert in „Allgemeiner Teil“ (Lehre von den Ursachen, dem Wesen und der Behandlung der Krankheiten [Ätiologie, Pathologie, Therapie], nach Schlagwörtern in alphabetischer Reihenfolge gruppiert) und „Spezieller Teil“ (in wissenschaftlicher Anordnung). Wir wünschen diesem Hand- und Nachschlagebuch einen Platz in jeder Familienbibliothek, auf dem Arbeitstische jedes Freundes und Beraters des Volkes. Unentbehrlich dürfte es aber jedem auf diesen Gebieten arbeitenden Gelehrten und allen denen sein, die für die Kultur der Menschheit Interesse besitzen. Wir werden von Zeit zu Zeit mit dem fortschreitenden Erscheinen auf das Werk zurückkommen.

V. Aus der Praxis.

Methoden zur Bestimmung der Maximaldosen für Kinder.

Methode A. Young: Man vermehre die Alterszahl mit 12 und dividiere dadurch die Alterszahl. Die Gabe für ein zweijähriges Kind wäre demnach $\frac{2}{2+12} = \frac{1}{7}$ der Höchstgabe für einen Erwachsenen.

Methode Cowling: Man dividiere durch 24 die Zahl der Jahre, die das Kind nach seinem nächsten Geburtstag hat; für den Fall eines zweijährigen Kindes also

$$\frac{3}{24} = \frac{1}{8}$$

Methode Clarke: Man geht von der Voraussetzung aus, daß die Höchstgaben für eine Person, die 150 Pfund wiegt, festgestellt ist und demnach muß eine verhältnismäßige Verringerung der Gaben stattfinden. Ein 10 Pfund schweres Kind soll $\frac{10}{150} = \frac{1}{15}$ der Maximalgabe erhalten.

VI. Notizen.

Mit dem **ersten internationalen Kongreß für Rettungswesen**, der in Frankfurt a. M. in der diesjährigen Pfingstwoche, 10. bis 14. Juni 1908, abgehalten wird und dessen Ehrenpräsidium Exzellenz v. Posadowsky hat, wird eine Ausstellung verbunden werden. Zugelassen sind: 1. Motorfahrzeuge für den Transport von Verletzten und Kranken. 2. Krankenwagen und Pferdebespannung,

3. Krankentragen und Rettungsapparate, 4. Ausrüstungs- und Ausstattungsgegenstände für vorstehende konstruktive Einheiten, 5. Verbandkästen und Transportmittel. Nach der Art der bereits erfolgten Anmeldungen und der Beteiligung der ersten Sachverständigen auf diesem Gebiete verspricht die Ausstellung eine interessante Übersicht über alles das zu geben, was zur ersten Versorgung von Verunglückten und Kranken notwendig ist. Auch sollen die neuesten Rettungsapparate praktisch vorgeführt werden. Wie die aktuelle Bedeutung des Kongresses eine sehr rege Teilnahme erwarten läßt, so liegen auch für die Ausstellung bereits zahlreiche Anmeldungen vor. Die Geschäftsleitung liegt in den Händen des Ausstellungsausschusses, Frankfurt a. M., Rathaus.

Der Verbrauch von geistigen Getränken in den Irrenhäusern Londons. In London gab es im Jahre 1889 vier, im Jahre 1905/6 neun Irrenhäuser, in denen 7246 bezw. 17.024 Kranke verpflegt wurden. Das Personal bestand im Jahre 1889 aus 861, im Jahre 1905/6 aus 2433 Köpfen. Der Konsum an alkoholischen Getränken in den beiden Jahren stellte sich wie folgt:

	1889	1905/6
Spirituosen	8529 Pints [1])	1714 Pints
Wein	6687 „	265 „
Bier	255.486½ Gallonen [2])	1281 Gallonen

[1]) 1 Pint = 0·57 Liter
[2]) 1 Gallone = 4·56 „

während also in den letzten 16 Jahren die Zahl der in den Londoner Irrenanstalten verpflegten Patienten sich mehr als verdoppelt hat, ist die Menge des verbrauchten Weines und Brandweines von mehr als 15.000 Pints auf 2000, die des verbrauchten Bieres gar von 255.000 auf 12 Gallonen jährlich gefallen. Bei einem Stande von 17.000 Pfleglingen und einem Personale von beinahe dritthalbtausend Köpfen ist der Bierverbrauch der Londoner Irrenanstalten als nicht ganz 55 Hektoliter. Dem gegenüber muß es wahrlich eigentümlich berühren, wenn eine einzige deutsche Irrenanstalt mit einem Belage von 640 Betten und einem aus 100 Köpfen bestehenden Personale in einem Jahre nicht weniger als 650 Hektoliter Bier verbraucht. Die Provinzialheilanstalt Aplerbeck in Westfalen schreibt unter den zu liefernden Wirtschaftsbedürfnissen für das Jahr 1907/8 auch die Lieferung von 65.000 Liter Bier aus, also 12 mal so viel, als die Londoner Anstalten mit 26 mal so viel Menschen brauchen. Die auf London bezüglichen Ziffern sind dem Werke von Horsley und Sturge, „Alcohol and Human Body“, London, Macmillan and Co., S. 10, entnommen und wurden den Verfassern vom Amte des „Asylum Committee of the County of London“ zur Verfügung gestellt. Die Ausschreibung der Provinzialheilanstalt Aplerbeck ist im General-Anzeiger für Dortmund vom 25. Jänner 1908, Nr. 26, erschienen.

Dr. Holitscher.

Ein neues Eisenpräparat. Ein Präparat, welches in hohem Maße dem Blute Eisen zuzuführen imstande ist, ist das Nähr- und Kräftigungsmittel Ferromanganin, ein wissenschaftlich erprobtes Spezifikum, das nicht nur bei Bleichsucht, Skrophulose, Neurosen usw. wirkt, sondern auch gegen alle Verdauungsstörungen. Dieses vorzügliche Spezifikum ist dabei nicht nur angenehm zu nehmen, und selbst bei Kindern beliebt, sondern es gestattet auch infolge des mäßigen Preises von K 3·50 pro Flasche eine wenig kostspielige und dabei doch überaus wirksame Kur. Man achte beim Einkauf stets auf den Namen Ferromanganin und weise alle Ersatzpräparate zurück. Ferromanganin ist fast in allen Apotheken zu haben.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47. Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 19. Wien, 9. Mai 1908. **Nr. 19.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über das Wesen und die Behandlung des Schwarzwasserfiebers.

Von **Dr. L. Sofer.**
(Schluß.)

Krauss faßt im „Journal of Americ. Assoc. die chronische Malaria als einen Gleichgewichtszustand zwischen Blut, blutbildenden Organen und Parasiten auf, der durch dazwischentretende Krankheiten, Wiederansteckungen, am häufigsten aber durch Chinindarreichung zu ungunsten des Wirtes verschoben werden kann.*) (Schwarzwasserfieber.)

Von diesen Anschauungen ganz abweichend ist die L. Vedys (nach der Münch. med. Wochenschr. Nr. 51, 1906). Vedy behauptet mit Entschiedenheit, das Schwarzwasserfieber sei eine Krankheit für sich, unabhängig von der Malaria und auch unabhängig von dem Chiningebrauch. Auf neue Krankengeschichten hinweisend, zeigt Vedy wieder, daß auch malariafreie Personen Schwarzwasserfieber haben können; wenn diese Krankheit bei mit Chinin behandelten Malariakranken auftritt, dann spielt das Chinin bloß die Rolle einer Gelegenheitsursache, wie die Erkältung oder die Übermüdung. Es besteht eine Prodromalperiode, eine gewisse Periodizität und auch eine gewisse Immunität nach einem oder mehreren Anfällen. Es muß ein besonderes Toxin wirksam sein, welches die roten Blutkörperchen angreift, aber die Gestaltsveränderungen der Leukozyten sind ganz verschieden von denjenigen, welche bei der Malaria gefunden werden. Die Krankheit wird durch die prophylaktischen Maßregeln gegen die Malaria nicht verhütet. — Angesichts der übereinstimmenden Ansicht anderer Tropenforscher muß man annehmen, daß das, was Vedy sah, eben nicht das typische Schwarzwasserfieber war, sondern eine andere Tropenkrankheit, die mit Hämoglobinurie vergesellschaftet ist.

Was die Behandlung betrifft, so schildert A. Plehn klassisch, in welchem Dilemma sich der Tropenarzt befindet. Die Kolonisten kommen zum Arzt und sagen: Ich vertrage kein Chinin mehr; nehme ich es, so kriege ich Schwarzwasserfieber; nehme ich es nicht, so habe ich Malaria. Was soll der Arzt tun?

Wenn man den Kranken kein Chinin gibt, so bekommen sie sicher Rezidiven und man wird gezwungen, ihnen Chinin unter ganz besonders schwierigen Umständen zu geben. Gibt man ihnen auch bei Rezidiven kein Chinin, so setzte man sie der Gefahr aus, daß sie ohne Schwarzwasserfieber an unkomplizierter Malaria in wenigen Tagen starben; wenigstens in Kamerun war das der regelmäßige Ausgang. Gibt man ihnen dagegen sofort Chinin, so ist die Chance beträchtlich, daß sie Schwarzwasserfieber bekommen, aber diese Schwarzwasserfieberanfälle haben, wenn sie beständig unter Kontrolle stehen, nur eine Mortalität von etwa 12%. Man ist also, wenn man Chinin gibt, viel besser daran, als wenn man einfach abwartet. Außerdem kann man sich oft über das Ausbleiben des Anfalles freuen. Anders ist es in Europa. Hier kommt es oft vor, daß ein mit Schwarzwasserfieberdisposition Anlangender, der vielleicht schon solche Anfälle durchgemacht hat, diese Disposition ohne Chinin verliert. Immerhin läuft man ein gewisses Risiko, wenn man sich darauf verläßt. Plehn hat beobachtet, daß mehrere Patienten, die er glücklich in Afrika durch schweres Schwarzwasserfieber durchgebracht hat, in Deutschland dann an Rezidiven starben. Plehn würde sich aber trotzdem berechtigt halten, einen Patienten, der in dieser Lage in Europa zu ihm käme, kein Chinin zu geben, ihn aber ganz genau zu beobachten.

Nocht macht darauf aufmerksam, daß bei der exspektativen Behandlung der Schwelldosis für Chinin wieder sinkt, und daß andererseits, auch beim Ersatz des Chinins durch Methylenblau, Schwarzwasserfieber vorkommen kann.

*) Für die Ansicht Kraus' spricht eine Beobachtung Ketshen (Brit. Med. Journ.), der bei einer chronischen Malaria, bei der seit 19 Monaten kein Fieberanfall aufgetreten war, durch eine kleine Chinindosis Schwarzwasserfieber ausgelöst sah, während früher zur Zeit der Fiebererscheinungen Chinin gut vertragen wurde. H. W. Grattan sprach in der Londoner Pathological Society über das Schwarzwasserfieber in Sierra Leone, 8 von 10 an Schwarzwasserfieber erkrankten Personen hatten vorher Chinin genommen. Bei 36% der Fälle fand man nach Einsetzen der Hämoglobinurie Malariaparasiten im peripheren Blute; bei 50% der Kranken Ankylostoma duodenale. Bei den schwersten mit dem Leben davonkommenden Kranken fand man nur noch 25% Hämoglobin und 1,107.000 rote Blutkörperchen. Nach dem Tode konnten weder Malariaparasiten noch Pigment nachgewiesen werden. Grattan glaubt, daß die Malaria das Schwarzwasserfieber verursache; in jedem Falle ist Malaria vorhergegangen und in einem Drittel der Fälle finde man noch Malariaparasiten. Er glaubt ferner, daß der das Schwarzwasserfieber verursachende Malariaparasit dem des tertiären Fiebers mehr verwandt ist.

Man muß deshalb so bald wie möglich an eine Chiningewöhnungskur schreiten. Man muß mit der kleinsten Dosis, die vertragen wird, beginnen, und ähnlich wie bei der Tuberkulinkur die Chinindosis um kleinste Mengen (0·001) steigern, und dadurch die Toleranz gegen Chinin allmählich so hoch als möglich schrauben, bis Chinin vertragen wird. Dann muß eine gründliche Chininkur folgen, um die Malariainfektion definitiv zu beseitigen.

Dammermann ist kein Freund des Chinins bei Schwarzwasserfieber. Er sah Anfälle selbst nach 1 *cg*, und durch erste Chiningaben veranlaßt. Er legt das Hauptgewicht auf Anregung der Diurese und teilt einen Fall mit, den er ohne Berücksichtigung der begleitenden Fiebererscheinungen nur durch diuretische Maßregeln gerettet hat. Er fußt dabei auf die Beobachtungen R. Kochs, der bei der Sektion von Schwarzwasserfieberkranken die feinsten Harnkanälchen durch zerstörte rote Blutkörperchen verstopft sah. Dadurch wird das Sekretionsvermögen der Niere im hohen Grade beeinträchtigt und der Tod komme in letzter Linie durch die Anurie zustande. Daher gibt Dammermann kein Chinin, Phanazetin, Methylenblau; er verwirft auch die subkutane Einspritzung von Chinin nach Blümchen, da er auch nach ihr Schwarzwasserfieber auftreten sah. Viel mehr gibt er vor allem Milch, und Kal. acetic. 4·200 1—2stündlich 1 Eßlöffel; wird die Milch erbrochen oder ist eine solche nicht zu beschaffen, so haben an ihrer Stelle Wasser oder große Einläufe von physiologischer Kochsalzlösung zu treten. Außerdem empfiehlt Plehn hypodermatische Kochsalzinfusionen, den Magen und Darm mit Kochsalzlösung zu füllen und größere Mengen von der Lösung darin zurückzulassen; außerdem wirken heiße Bäder sehr günstig.

Ich füge hier an, daß nicht nur mechanische Hindernisse die Diurese verhindern; sondern nach de Haen kommt bei der Malaria oft eine Erkrankung des Nierenparenchyms vor, die sich von einer einfachen Degeneration einzelner Epithelzellen bis zu einer ausgebreiteten Nephritis hämoglobinurica erstrecken kann (Arch. für Schiffs- und Tropenhygiene Bd. 7.) Infolgedessen werden die für den Organismus giftigen Stoffwechselprodukte ungenügend ausgeschieden, und diese gestörte Ausscheidung habe einen wesentlichen Anteil an dem Krankheitsbilde.

Für die Behandlung des begleitenden Fiebers selbst empfiehlt Dammermann an Stelle des Chinins die Fol. Combreti Raimbauttisi als Dekokt von 24:1500, im Laufe des Tages als Tee zu trinken. Die Folia Combrethi, Raimb. sind ein zu wenig bekanntes Fiebermittel, welches an der Westküste von Afrika, besonders in Layos von französischen Missionären als ein bei den Eingeborenen gebräuchliches Fiebermittel sowohl gegen Malaria wie gegen Schwarzwasserfieber verwendet wird. Diesing, Stabsarzt der Kameruner Schutztruppe, macht auf den Schwefel und Schwefelbäder (Berl. Klin. Wochenschr. 1907, Nr. 35) als Ersatzmittel für Chinin, besonders bei chronischer Malaria und nach überstandenem Schwarzwasserfieber aufmerksam, Angaben, die Beachtung verdienen.

So kommt allmählich auch in das dunkle Bild des Schwarzwasserfiebers Licht.

Wochenschau.

Von **Spektator**.

(Der Internistenkongreß im Urteile der reichsdeutschen medizinischen Presse.)

Der Leser dieser Wochenschau wird schon bemerkt haben, daß wir unsere Aufgabe nicht in Schönfärberei erblicken; deshalb wollen wir nicht stillschweigend über eine Reihe abfälliger Kritiken, die den Internistenkongreß betreffen, zum Nutzen und Frommen der Sache selbst hinweggehen.

Am günstigsten äußert sich noch die „Deutsche medizinische Wochenschrift“, deren Herausgeber für sich auch das Verdienst in Anspruch nimmt, für die Abhaltung des Kongresses in Wien Stimmung gemacht zu haben, wofür wir ihm sicher dankbar sind. Doch auch die „D. M. W.“ findet manches zu tadeln: So war auch hier bei den äußeren Arrangements mancherlei auszusetzen; die Akustik, Beleuchtung und Ventilation des Sitzungssaales ließ viel zu wünschen übrig, das Festdiner war ungewöhnlich teuer, und zum Teil deshalb auch auffallend wenig „frequentiert“, die Verpflegung im Sitzungslokale entsprach nicht der sonstigen Güte der österreichischen Küche. Schlimmer war freilich das Gesicht, das der Himmel während der ganzen Zeit aufgesteckt hatte, und wenig hat die Versichernng getröstet, daß „sonst“ der Frühling in Wien so herrlich wäre. — Jedoch gehört die „D. M. W.“ zu unseren Freunden, und spricht dafür, daß der Kongreß nicht nur in Wiesbaden, sondern auch an anderen Orten tagt. Und darum dreht sich der ganze Streit.

Ernster geht die „Berliner klinische Wochenschrift“ mit uns ins Gericht.

Den Vertretern dieses so mißachteten Ärztestandes, den Teilnehmern des Kongresses für innere Medizin, hat die Stadt Wien ein Fest, einen Empfangsabend in den herrlichen Sälen des Rathauses gegeben, von dem die reichbewirteten Gäste viel Schönes erzählen konnten. Der Bürgermeister von Wien hat seine Gäste selber mit einer Ansprache begrüßt. Man muß dem alten Volkstribunen Gerechtigkeit widerfahren lassen: er blieb ehrlich und sich selber treu. Kein falsches Wort von Hochschätzung der Ärzte! Lueger erklärte sie zu „lieben“ und sprach den Wunsch aus, sie möchten in die Lage kommen, alle Krankheiten schnell und sicher zu heilen — kein Wort von Hochachtung vor der Wissenschaft und den Vorteilen, die gerade dieser Kongreß wieder einmal für die leidende Menschheit und die Wissenschaft mit sich brächte. Lueger half sich mit einigen launigen Worten über die Schwierigkeiten der Situation hinweg.

Durften die Ärzte die Einladung zu diesem Feste annehmen? Sie sind fast alle hingegangen. Der Schreiber dieser Zeilen, der die ebengestellte Frage verneint, hat mit seiner Ansicht fast ganz allein gestanden. Die Nicht-Wiener Kollegen, denen ich mein Bedenken äußerte, erklärten, sie sähen keine Veranlassung zum Fernbleiben, da ja doch das Wiener Komitee die Einladung nicht angenommen hätte, wenn Bedenken vorhanden gewesen wären. Gewiß, sie konnten sich durch die Autorität der Wiener Herren gedeckt fühlen, denn wer nicht am Orte lebt, brauchte von den Wiener Verhältnissen nichts zu wissen.

Wie aber stand es mit den Wiener Ärzten, die für den Kongreß die Einladung angenommen hatten?

Innerhalb des vorbereitenden Lokalkomitees sind, wie ich höre, die Meinungen geteilt gewesen, die Befürworter der Annahme sollen nicht ohne Widerspruch — es wurde sogar behauptet, nicht ohne eine Art von Überrumpelung — ihrer Meinung zum Siege verholfen haben. — Was mag sie zu ihrer Stellung bewogen haben? Sicherlich nur der Wunsch, die auswärtigen Gäste mit dem Schönsten zu erfreuen, was die Stadt Wien zu bieten vermag. Man hat gesagt, daß die Stadt Wien und nicht der Bürgermeister die Ärzte eingeladen habe, ist sich also jedenfalls der schwierigen Lage, in der man sich befand, nicht unbewußt geblieben. So konnte sich ein Kollege, der das Bedenkliche der Lage mir nicht bestreiten konnte, schließlich nicht anders helfen, als daß er meine Anschauung als „Gesinnungsprotzentum“ bezeichnete.

Die Auffassung, daß man zwischen der Stadt Wien und ihrem Bürgermeister unterscheiden müsse, ist unseres Erachtens ungerechtfertigt, denn die Äußerungen, von denen wir oben berichteten, sind nicht eine Privatmeinung des Bürgermeisters, sondern die Anschauungen der herrschenden Partei Wiens, die in deren Handlungen einen folgerichtigen Ausdruck erhalten hat und noch erhält. Aber was unendlich wichtiger ist, in solchen Dingen darf es kein Überlegen und Tüfteln geben: Die Universität als Vertreterin der Forschung und der Ärztestand als solcher sind von den Machthabern Wiens in der schärfsten Weise verunglimpft worden, und daraus hätten die Folgerungen gezogen werden müssen. Was



hätte wohl — und diese Frage wird wohl auch denen, die vielleicht von vornherein nicht der Meinung des Schreibers sind, berechtigt erscheinen — was hätte wohl der Stand der Journalisten in einem ähnlichen Falle getan?

Jeder Stand erfreut sich der Achtung, die er sich erobert. Die Führer der Wiener Ärzteschaft haben einen schweren Fehler begangen. Es wäre unterblieben, hätte ein Billroth unter ihnen geweilt. Wenn die Ärzte Wiens über kurz oder lang einmal genötigt sein sollten, gegen Angriffe der Machthaber Wiens Einspruch zu erheben, dann, so fürchte ich, wird man ihnen die Rechnung über die freie Bewirtung vorlegen! Diese Anschauungen decken sich im wesentlichen mit denen, die der Autor in der ersten Wochenschau entwickelte.

Am schärfsten aber äußert sich die „Münchener medizinische Wochenschrift.“

Unsere geschätzte Kollegin schreibt: „Die seit Jahren schwebende, aber infolge der Meinungsverschiedenheiten unter den Mitgliedern immer wieder vertagte Frage, ob der Kongreß für innere Medizin wieder ständig in Wiesbaden tagen oder ob er auch in anderen Städten abgehalten werden solle, dürfte durch den 25. Kongreß ihrer Lösung näher gekommen sein (Man höre!) . . . . auf der anderen Seite Mangel an Konzentration, Schwierigkeiten in der Organisation und andere von den Kongreßleitern in einer fremden Stadt nicht vorauszusehende Zufälligkeiten, die den Hauptzweck des Kongresses, die wissenschaftliche Arbeit, übel beeinflussen. Ein solcher störender Umstand war vor allem in der schlechten Akustik des Sitzungslokales gegeben (s. o.) . . . So kam es, daß in Wien die allgemeine (?) Stimmung zugunsten Wiesbadens als ständigen Kongreßort derart umschlug, daß zu erwarten ist, daß beim nächstjährigen Kongreß in Wiesbaden es zu einmütigen Beschlüssen in diesem Sinne kommen wird. (?) Noch ein anderer Umstand spielte bei diesem Stimmungswechsel mit. Der Wiener Kongreß litt unter großer Ungunst der Witterung (s. o.); es herrschte fortgesetzt Regen, gelegentlich auch Schnee, Wind und Kälte (fehlt noch Hagel, Staub und Gewitter, Anm. des Autors), die schöne Stadt zeigte kaum die ersten Spuren des nahenden Frühlings. Das lehrt, daß für eine Veranstaltung, die zu so früher Zeit stattfinden muß (?), besser eine klimatisch bevorzugte Stadt, wie Wiesbaden es ist, gewählt werden wird. Trotzdem . . .

Wir stimmen diesmal mit der geehrten Kollegin ausnahmsweise gar nicht überein. Vor allem verstößt die Philippika der „M. M. W.“ gegen das erste ärztliche Gebot, sich nicht von Stimmungen, sondern von nüchternen Erwägungen leiten zu lassen. Diese nüchternen Erwägungen würden der „M. M. W.“ sagen, daß 1. keine Stadt gegen abnormale Ungunst des Wetters gefeit (immunisiert) ist, 2. daß Wien nicht in Sibirien liegt, und sich daher gewöhnlich des schönsten Frühlings zu erfreuen hat, und daß 3. selbst die gemütlichen Wiener es soweit gebracht haben, daß sie nicht nur schöne Feste veranstalten können, sondern im XX. Jahrhunderte schon Übelstände wie Akustik, Beleuchtung, beheben können, zumal man ihnen doch sicher ein kleines Jahrzehnt Zeit lassen wird, sich nach den Herrlichkeiten eines Internistenkongresses zu sehnen.

Doch Scherz bei Seite! Es wäre ein schwerer Fehler, wenn ein solch dummer Zufall, wie das schlechte Wetter, — das doch die Frequenz der Vorträge nur begünstigen konnte — die Leitung veranlassen könnte, sich auf Wiesbaden einschwören zu lassen. Die deutsch-österreichische Wissenschaft bedarf der lebendigen Führung mit der reichsdeutschen, zumal auf medizinischem Gebiete, da Deutschland — wir müssen es unumwunden sagen — uns auf diesem Gebiete die Führung entrissen hat. Die deutsch-österreichische Wissenschaft hat einen steinigen Boden zu bebauen, und schwere Kämpfe, nicht nur nationale, stehen ihr bevor, wenn nicht alle Anzeichen trügen. Die schwarzen Raben schwirren in der Luft und krächzen unheilverkündend. Da soll uns die reichsdeutsche Wissenschaft stützend zur Seite stehen.

Wir sind überzeugt, daß ein solcher Appell nicht ungehört verhallen wird.

Der 25. Kongreß für innere Medizin.

Wien, 6. bis 9. April.

(Fortsetzung.)

Dr. Plönies, Dresden, sprach über den Zusammenhang zwischen Magenerkrankungen und physiologischen Vorgängen im weiblichen Organismus. Er gab einige für die Praxis wichtige Beobachtungen und Ratschläge.

Dr. Riebold, Dresden, ein Schüler des Geheimrates Leopold, teilte seine Beobachtungen über innere Erkrankungen und weibliche physiologische Funktionen mit. Aus gewissen klinischen Erscheinungen, zum Beispiel nervösen und psychischen Symptomen, periodischen Fieberbewegungen, Erscheinungen am Zirkulationsapparat usw., kann man bestimmte physiologische Vorgänge mit Wahrscheinlichkeit erkennen. Die Untersuchung eigener, allerdings noch nicht sehr zahlreicher Fälle hatte ein nahezu übereinstimmendes Resultat mit den neuesten anatomischen Untersuchungsergebnissen Leopolds ergeben.

Dr. Tußkai, Marienbad, sprach über Herzerscheinungen bei schwangeren Frauen.

Dr. Turban, Davos, referierte über Beobachtungen, die er bei lungenkranken Frauen gesammelt hat.

Prof. Krönig, Freiburg, protestierte gegen die Vorwürfe, die von seiten mancher Internisten gegen die Frauenärzte erhoben werden.

Prof. Stintzing, Jena, sprach über das Verhältnis der Herzfehler und der Basedowschen Krankheit zur Schwangerschaft. Sehr wichtig waren seine Mitteilungen über das Verhalten des Arztes während der Schwangerschaft lungenkranker Frauen.

Dr. Hofbauer, Wien, machte auf die Fälle von Sexualasthma aufmerksam, dessen Existenz bestritten wird, weil hiebei der typische Auswurf und die bronchitischen Erscheinungen fehlen; trotzdem verdienen diese Anfälle ebenso den Namen Asthma wie die Fälle von Herzasthma. Interessant sind sie wegen der bei ihnen auftretenden Lungenblähung. Dieselbe ist bedingt durch die von Hofbauer und Holzknecht festgestellte Eigentümlichkeit der Atmungsvertiefung, welche lediglich durch Vertiefung der Einatmung besorgt wird, obwohl infolge der Differenz der In- und Exspirationskräfte, von denen bloß erstere muskulär sind, also unter dem Einfluß der Hirnrinde stehen. Diese Erkenntnis ist bedeutsam für das Verständnis der Lungenblähung bei allen Fällen von Asthma.

Prof. Klemperer, Berlin, sah vor bestimmten physiologischen Vorgängen bei Frauen Eiweißausscheidungen auftreten; ferner Erscheinungen von Gefäßkrämpfen, welche sogar zu Magenblutungen führen können. Als wichtigstes Heilmittel empfiehlt er absolute Ruhe.

Primararzt Dr. Gustav Singer hält einen Vortrag über Darmerkrankungen im Klimakterium, wobei er die Aufmerksamkeit auf hartnäckige Darmstörungen lenkt, welche nach seinen Beobachtungen für die Phase des second life bei Frauen charakteristisch sind. Besonders auf zwei Symptome legt der Vortragende Nachdruck, und zwar den starken Meteorismus (Luftauftreibung der Därme), der bei jüngeren Frauen zusammengehalten mit den Zessieren der Menses zur fälschlichen Annahme der Gravidität führen kann, und auf häufige Darmblutungen, deren Besonderheiten Singer beschreibt. Die letzteren können das Bild maligner Darmprozesse vortäuschen und zum Ausgangspunkt unnötiger Sorge werden.

*

In das Präsidium des Kongresses wurden Hofrat von Schrötter, Hofrat v. Neusser und Prof. v. Noorden berufen. Anwesend waren: Geheimrat Anton Halle a. d. Saale, Prof. Moritz, Straßburg, Prof. Friedel Pick, Prag, Prof. Hering, Prag, Prof. His, Berlin, Prof. Matthes, Köln, Prof. Krönig, Freiburg, Prof. Hoffmann, Graz.



In der zweiten Sitzung sprach Neisser über das Thema: „Der gegenwärtige Stand der Pathologie und Therapie der Syphilis." Er erinnerte an das Referat, das er vor 23 Jahren schon vor dem Kongreß für innere Medizin über das gleiche Thema gehalten habe und in dem er mit seinen Ausführungen auf lebhaften Widerspruch gestoßen sei. Die Jahre haben seinen damaligen Ausführungen recht gegeben, und wenn es eine Zeitlang geschienen hat, als ob die Lehre von der Syphilis auf einem toten Punkte angelangt sei, haben die letzten Jahre für diese neue wichtige Entdeckungen und Gesichtspunkte gezeitigt. Zunächst wurde der Erreger der Syphilis gefunden und es besteht für Neisser kein Zweifel mehr, daß die von Schaudinn und Hoffmann gefundene sogenannte Spirochaeta pallida als das ätiologische Moment für die Syphilis anzusehen ist. Der zweite große Fortschritt war die von den französischen Forschern Metschnikoff und Roux gemachte Beobachtung, daß die Syphilis auf menschenähnliche Affen (Gibbon, Orang, Schimpanse) übertragbar ist, und daß damit eine Ära experimenteller Arbeit angebrochen ist, die sich bald erweitern konnte; denn nicht nur auf die Menschenaffen, auch auf die niederen Affen konnte die Syphilis experimentell überimpft werden. (Der Vortragende hat bekanntlich lange Zeit in Batavia an einem überaus großen Affenmaterial Studien angestellt. Der Ref.) Es zeigte sich, daß die Syphilis der Menschenaffen in ähnlicher Weise, mit Hautausschlägen usw., verläuft wie beim Menschen, während dies bei den niederen Affen nicht der Fall ist, obwohl sich die Syphilis auch im Organismus generalisiert, d. h. die Spirochäten in allen Organen, besonders in Milz, Knochenmark usw., zu finden sind. Dabei können diese Affen das Bild äußerer Gesundheit bieten, und sie tragen doch in ihrem Körper Herde von Spirochäten. Gleiche Verhältnisse bestehen beim Menschen, die zur Zeit, da er keine manifesten äußeren Zeichen von Syphilis zeigt, sich im sogenannten Stadium der Latenz befindet, in welchem er Mengen von Spirochäten in seinem Körper beherbergt. — Qualitative Virulenzunterschiede bei den Spirochäten, d. h. die Beobachtung, daß ein Spirochätenstamm giftiger sei als der andere, konnte bis jetzt nicht gemacht werden, und die Bösartigkeit mancher Syphilisfälle vor anderen ist auf die Quantität der in den Körper eingedrungenen Spirochäten zurückzuführen. Durch die Tierpassage, d. h. durch die fortgesetzte Überimpfung von Tier zu Tier, konnte eine Abschwächung der Virulenz der Spirochäten bis jetzt nicht erzielt werden, im Gegenteil, es hat den Anschein, als ob sie giftiger wurden, eine Tatsache, die auch Finger, Wien, bestätigen konnte. Allerdings spielt neben den Quantitätsverhältnissen auch die individuelle Disposition eine Rolle. Während z. B. die höheren Affen an jeder Stelle des Körpers infizierbar sind, wie der Mensch, sind es die niederen Affen nur an bestimmten Körperteilen. Die Inokulation geschieht meist in der Weise, daß in die vorher wund gemachte Haut spirochätenhaltiges Material eingerieben wird. Aber auch durch die scheinbar unverletzte Haut hindurch ist eine Inokulation möglich. Ebenso wie es Neisser gelungen ist, durch Impfung unter die Haut eine Infektion hervorzurufen, ebenso gelingt dies durch Einverleibung in die Blutbahn. Hoden und Eierstock sind Organe, in welchen die Spirochäten ganz besonders gute Lebensbedingungen vorfinden und in welchen sie sich lange Zeit erhalten können. Diese Beobachtung ist geeignet, in die Vererbbarkeit der Krankheit Aufklärung zu bringen. (Forts. folgt.)

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Über Toxine und Antitoxine des Choleravibrio (experimentelle Grundlage einer antitoxischen Choleratherapie) sprach R. Kraus, Wien.

Auf der ersten Tagung der freien deutschen Vereinigung der Mikrobiologie (1906) konnte K. auf Grund von Untersuchungen über Choleravibrionen und verwandte Vibrionen zu dem Schlusse gelangen, daß der Choleravibrio Toxine zu bilden vermag.

Diese Gifte müssen analog den anderen bakteriellen Toxinen als Toxine angesehen werden, da denselben antigene Eigenschaften zukommen. Es gelingt durch Immunisierung mit diesen Giften Antitoxine zu erzeugen und Tiere aktiv zu immunisieren.

Mit diesen Behauptungen hat K. sich in einen prinzipiellen Gegensatz zu der bis heute allgemein anerkannten Endotoxinlehre Pfeiffers gestellt. Pfeiffer nimmt bekanntlich an, daß der Choleravibrio wohl Gifte enthält, welche er als Ursache der Choleravergiftung ansieht; es fehlen jedoch diesen Giften antigene Eigenschaften, die wir nach dem Stande unseres Wissens als kardinale Eigenschaft bakterieller Toxine anzusehen haben.

Die Streitfrage, bereits vor Jahren von Metschnikoff, Roux, Salimbeni, Ransom, Gruber diskutiert, geht also dahin, ob die Gifte des Choleravibrio antigene Eigenschaften besitzen oder nicht. Daß die Cholera asiatica als Toxikose aufzufassen sei, wie schon Koch angenommen hat, ist allseits anerkannt. Nur über die Natur dieser Gifte, deren Nachweis experimentell feststeht, ist man bis heute nicht einig.

Diese Frage zu einer endgültigen Entscheidung zu bringen, hätte nur geringes Interesse, wenn sie bloß von theoretischer Bedeutung wäre; so aber hängt mit der Lösung dieser Frage die der ätiologischen Choleratherapie zusammen. Nach Pfeiffer ist eine ätiologische Therapie der Cholera ausgeschlossen, da gegen die Choleragifte ein Antitoxin nicht erzeugt werden dürfte.

Daß Vibrionen Toxine bilden, steht schon nach den Arbeiten von Metschnikoff, Roux und Salimbeni, Ransom fest. Auch durch seine Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß verschiedenen Vibrionen toxigene Eigenschaften zukommen. Durch die Untersuchungen über Toxine der El Tor-Vibrionen (Kraus und Přibram, Kraus und Prantschoff) und durch die Arbeit von Brau und Denier wurden gewichtige Gründe für die Toxinnatur der Gifte des Choleravibrio erbracht. Wenn K. auch heute noch ebenso wie Ruffer trotz der Arbeiten von Raven und Mühlens, Neufeld den Standpunkt vertritt, daß die El Tor-Vibrionen nicht als Choleravibrionen anzusehen sind, so ist es für die uns hier interessierende Frage ohne Belang. Wichtig ist, daß bei diesen Vibrionen Gifte nachgewiesen wurden, welche antigen zu wirken vermögen.

Die Antitoxine, gewonnen mit diesen Giften, neutralisieren nicht nur die Gifte der El Tor-Vibrionen, sondern auch die Gifte der Choleravibrionen Saigon. Diese Feststellungen habe ich bereits im vorigen Jahre mitgeteilt. Auf Grund dieser Tatsachen und auf Grund der Mitteilungen von Brau und Denier über die Toxine der Choleravibrionen aus Saigon war man schon zu dieser Zeit zur Annahme berechtigt, daß der Choleravibrio Toxine produziere. (Als weitere Beweismomente für die Toxinnatur der Choleragifte wurde noch angeführt, daß es uns gelang, nach Injektion eines antitoxischen Serums mehr als die 20fach letale Bakterienmenge der El Tor-Vibrionen im Peritoneum des Meerschweinchens zur Auflösung zu bringen, ohne daß das Tier zugrunde ging. Außerdem gelang es, bei präventiver Anwendung des antitoxischen Serums Multipla der 40fach tödlichen Bakterienmengen im Organismus zu neutralisieren.) Bloß Heilversuche standen noch aus, so daß das Beweisverfahren kein vollständiges zu sein schien.

Der Nachweis der Gifte bei den El Tor-Vibrionen gelingt ohne weiteres, wenn gewisse Kautelen berücksichtigt werden. Bereits in drei bis vier Tagen alten Bakterienkulturen lassen sich Hämotoxine und akut wirkende Toxine leicht darstellen. Nicht nur in Bouillonkulturfiltraten, sondern auch im Bakterienleib selbst (durch Wasserextraktion) sind diese Gifte nachweisbar. Sowohl Ekto- als Endotoxin werden durch Antitoxin (gewonnen mit toxischen Filtraten) neutralisiert. Bezüglich der Ekto- und Endotoxine geht daher seine Meinung dahin,

daß die Bestrebungen, welche von der Endotoxintheorie Pfeiffers ausgegangen sind, die Endotoxine als Gifte sui generis different von den anderen gekannten bakteriellen Toxinen anzunehmen, sich als überflüssig erweisen dürften. Bei den El Tor-Vibrionen und auch bei anderen Bakterien, wie zum Beispiel Dysenterie, Typhus, konnten wir die Identität der in Filtraten nachgewiesenen Toxine mit den endogenen beweisen (Macfadyen, Besredka, Hahn). Es wird daher im folgenden diese Frage weiter nicht berücksichtigt, hauptsächlich kommt es darauf an, zu zeigen, daß der Choleravibrio bakterielle Toxine überhaupt zu bilden vermag.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über den therapeutischen Wert des Öles und Knochenmarkes bei Magenkrankheiten. Von Doz. Dr. Karl Walks. (Schluß.)

Die diätetische Behandlung bei den einzelnen Magenkrankheiten erleidet durch die Ölgaben keinen Abbruch, durch die Sekretionshemmung und Herabsetzung des Säuregrades werden die Kohlehydrate sogar besser ausgenützt.

Es vertragen sich Trinkkuren mit Karlsbader und Marienbader Quellen und Salz ganz gut mit der systematischen Verabreichung von Fetten, z. B. des Olivenöles. Ganz besonders hebt W. ferner die Öleingießung nach systematischen Magenausspülungen bei Pylorusstenose hervor, welches Verfahren sich ihm in vielen Fällen sehr gut bewährt hat.

Das Öl ist nach W. bei allen Magenkrankheiten am ehesten beim Geschwür indiziert, da es den Hauptbedingungen für die Heilung — als nicht reizendes, gutes Nährmittel, weitgehender Herabsetzung der Säuresekretion, Regelung des Stuhles und vielleicht auch als mechanischer Schutz für das Ulkus — am meisten entsprach. So konnte W. bei einem Vergleiche der verschiedenen Behandlungsmethoden konstatieren, daß die Ölkur den Prozeß durchschnittlich in zwei oder längstens drei Wochen zum Aufhören brachte.

Bei einer größeren Anzahl von Kranken waren alle Beschwerden, besonders die Schmerzen in der ersten Woche der Behandlung mit Öl ganz geschwunden. Der rasche Rückgang der Schmerzen und Üblichkeiten findet in der Abhaltung der verschiedenen Reize, vor allem der Salzsäure und in der Beseitigung des Pylorospasmus durch die glättende Wirkung des Öles seine hinreichende Erklärung. Namentlich scheint die Behebung der motorischen Störungen und der Stauung des Magensaftes und der Ingesta von Wichtigkeit zu sein. Ist durch geeignete Maßnahmen, wie vorsichtige Spülung und Öldarreichung die Stauung im Magen beseitigt, dann lassen wie mit einem Schlage die Schmerzen nach, und diesem Umstande entspricht wohl die vielfach bestätigte Beobachtung Cohnheims, daß das Öl oft wie ein Narkotikum wirkt.

Im allgemeinen verordnet W. bei nichtkompliziertem, frischem Ulkus durch 14 Tage strenge Bettruhe und wiederholt im Tage je einen Eßlöffel einer Schüttelmixtur von 100 *g* Olivenöl, 5 *g* Wismut und 3 *g* Magnesia usta bei vollständiger Abstinenz am ersten, eventuell zweiten Tage. Er läßt auch dreistündlich eine Emulsion von Öl mit rohem Eidotter und Zucker verabreichen. Erst vom dritten Tage an gibt er kalte Milch; im übrigen richtet er sich nach den Leubeschen Vorschriften.

Bei chronischem Ulkus mit lange bestehenden Beschwerden verwendet er die Fleinersche Wismuteingießung, die nur insofern geändert ist, als nach jedesmaliger vorheriger gründlicher Ausspülung des Magens mit kleineren Wassermengen von 50—100 cm^3 das Öl, in welchem das Wismut suspendiert ist, eingegossen wird. Der Kranke bleibt eine halbe bis eine Stunde in rechter Seitenlage oder am Bauche liegen. Diese Behandlung wird in den zwei ersten Wochen täglich, später jeden zweiten oder dritten Tag bis zum völligen Rückgange der Beschwerden ausgeführt. Die Diätvorschriften entsprechen denen v. Leubes, von der zweiten Woche angefangen.

Bei frischen Fällen, während oder kurz nach erfolgten Magenblutungen oder in Fällen, bei welchen im Stuhle wiederholt Blut nachweisbar war und die Möglichkeit einer stärkeren Blutung bestand, führt er die Behandlung in der Weise aus, daß bei absoluter Bettruhe je nach der Schwere der Erscheinungen die Nahrung per os durch zwei bis drei Tage gänzlich entzogen wurde und der Kranke täglich viermal je 25 cm^3 Olivenöl mit 1—2 *g* Wismut, in der Zwischenzeit eisgekühltes Gelee aus weißer Gelatine erhielt. Genährt wurden die Kranken in dieser Zeit durch Nährklystiere, bestehend aus zwei bis drei Eiern, $^1/_4$ *l* 50%iger Traubenzuckerlösung, einer Tafel weiße Gelatine und zwei bis drei Eßlöffeln Rotwein. Später bekamen die Kranken Milch mit Zusatz von Plasmon, Hygiama usw., Fleischgelees, in Milch geweichten Zwieback, Milchreis usw., eine Stunde vor jeder Mahlzeit einen Eßlöffel einer Schüttelmixtur von Öl, Wismut und Magnesia.

Leider ist das Öl nicht imstande, eine Blutung hintanzuhalten oder eine solche rascher zu beseitigen. Dasselbe gilt für das Rezidiv des Ulkus. Wie auch bei anderen Behandlungsmethoden lassen sich durch die Ölkur Wiederholungen des Geschwürsprozesses des Magens nicht vermeiden und die Häufigkeit der Wiederkehr der Rezidiven ist die gleiche wie bei anderen Behandlungsarten.

Dauererfolge lassen sich eben beim Magengeschwüren weder durch interne noch chirurgische Behandlung erzielen. Bei organischen Pylorusstenosen und Strikturen ist die Gastroenterostomie gewiß das rationellste Verfahren, das durch kein anderes Mittel ersetzt werden kann. Doch leistete meiner Meinung nach in vielen Fällen von Magengeschwür ohne größeren mechanischen Störungen die Ölkur soviel, daß der bereits geplante operative Eingriff vermieden werden konnte. Man darf nicht vergessen, daß das Ulkus trotz Gastroenterostomie rezidivieren und die alten Verdauungsbeschwerden, ja selbst Erweiterungen des Magens mit Stauungserscheinungen sich später wieder einstellen können, wie wir dies aus zahlreichen Mitteilungen über die Mißerfolge der Gastroenterostomie wissen. Ehe man einen Kranken einem wenn auch wenig gefährlichen operativen Eingriffe überantwortet, so hat man doch die Verpflichtung, früher noch eines von den besterprobten internen Verfahren zu versuchen.

Sehr gute Erfolge erzielte W. auch mit mäßigen Ölgaben bei chronischer Gastritis mit Erosionen allein oder neben Spülungen mit 1‰iger Argentum nitricum-Lösung. Größere Ölgaben als 20—30 cm^3 dreistündlich oder längere Dauer der Ölverabreichung als drei bis vier Wochen empfehlen sich hier deshalb nicht, da die Saftsekretion des Magens, namentlich die der Salzsäure bei dieser Erkrankung meist an sich schon herabgesetzt und eine stärkere Sekretionshemmung nicht am Platze ist.

Geradezu überraschende Resultate lieferte die Ölbehandlung bei Hyperästhesie des Magens; in zahlreichen Fällen, wo bei durchaus normalen Funktionen des Magens nach jeder Nahrungsaufnahme schwere Verdauungsbeschwerden, wie Übelkeiten und Erbrechen eintraten, brachten tägliche Magenausspülungen mit nachfolgender Eingießung von 50 cm^3 Olivenöl, mit Natrium bicarbonicum emulgiert, oft binnen einer Woche die Beschwerden dauernd zum Verschwinden; bemerken möchte ich hiezu noch, daß die Magenausspülungen allein vielfach ganz ohne Wirkung blieben, also eine Abstumpfung der Empfindlichkeit nicht herbeiführten.

Ferner sei noch der Behandlung des Magenkarzinoms mit Öl gedacht, welche namentlich Cohnheim für Fälle von stenosierenden Karzinomen des Pylorus und der Kardia empfahl. Hier kommt, wie auch in der gleichen Behandlung des Ösophaguskrebses, nur die mechanisch glättende Wirkung des Öles in Betracht. Von geringen vorübergehenden Erfolgen abgesehen, wurde das Mittel bei dieser Krankheit meist schlecht vertragen.

Schließlich weist W. für die Behandlung aller hyperaziden Zustände noch auf ein Fett hin, das bisher in die Diätetik der Magenkrankheiten nicht einbezogen ist, das Knochenmark. Seine Untersuchungen über die Verwendung



desselben ergaben, daß der außerordentlich hohe Fettgehalt von über 96% außerordentlich leicht zur Wirksamkeit gelangt, gleichfalls einen stark hemmenden Einfluß auf die Säuresekretion besitzt und vom Darm aus voll ausgenützt wird; dabei wird das Knochenmark sehr gerne genommen und entfaltet keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. Bei Hyperazydität läßt W. an Stelle der Suppe das Knochenmark frisch gekocht auf Röstsemmel oder Zwieback gestrichen geben. Die Zulage des gekochten Knochenmarkes zur Nahrung hat sich nach seinen Beobachtungen an vielen Hunderten von Fällen ausgezeichnet bewährt und empfiehlt sich in Berücksichtigung der leichten Verdaulichkeit und des hohen Nährwertes namentlich dort, wo der Kräftezustand gesunken ist, so auch als Erweiterung der Schonungsdiät beim Magengeschwür. (Wr. klin. Wochenschr. Nr. 47, 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 10. April 1908.

Karl Natanson stellt ein achtjähriges Kind vor, dem er einen Knopf aus der Scheide extrahiert hat. Seit zwei Jahren Ausfluß aus der Vagina, die in letzter Zeit blutig wurde. Die Untersuchung ergab oberhalb des scheinbar unverletzten Hymenalringes einen eingeklemmten Beinknopf, der die Krankheitserscheinungen verursachte.

Julius Schnitzler stellt einen 19jährigen Patienten vor, den er wegen einer Stichverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes operiert hat. Patient erhielt einen Stich in den Rücken, wobei ein Teil des Messers abbrach und stecken blieb. Patient bot Erscheinungen einer Halbseitenläsion (Brown Sequard) und eine Paräse des linken Beines. Das Röntgenbild zeigte eine mehrere *cm* lange Messerspitze in der Höhe des 4—5ten Brustwirbels.

Die funktionellen Störungen wiesen nach der Operation eine rasche Besserung auf.

Fortsetzung der Diskussion über den Vortrag v. Stejskals: Über orthotische Albuminurie.

Gustav Kapsamer ist der Ansicht, daß die Frage der Nephritis von jener der Albuminurie nicht zu trennen sei. Er möchte die Nephritis in eine primäre und sekundäre einteilen. Sekundäre Nephritis wäre die, wenn ihr eine andere anatomische Läsion des Organs vorausgeht (Neoplasma, ein Stein, eine Wanderniere, eine Hydronephrose). Primäre Nephritis, wenn ihr eine andere anatomische Läsion nicht vorangeht. Von einer primären einseitigen Nephritis könne nur gesprochen werden, wenn die in Serienschnitten vorgenommene Untersuchung eine vollständig intakte zweite Niere ergeben hätte. K. hat wiederholt solche Fälle einseitiger Albuminurie gesehen, wo der Harn der zweiten Niere albumenfrei, also normal erschien; doch war es möglich, mit Hilfe der Phloridzinprobe eine Funktionsstörung dieser zweiten Niere festzustellen. Findet man nun mit dem Symptome der orthostatischen Albuminurie Funktionsstörung, so wissen wir, daß eine Parenchymläsion vorliegt. Fehlt aber die Funktionsstörung, so kann trotzdem Parenchymläsion in Form einer geringgradigen parenchymatösen Nephritis vorliegen. Es kann ja doch bei parenchymatöser Nephritis nicht nur die Zylindrurie, sondern selbst auch die Albuminurie fehlen. Bedenken wir überdies, daß die Nephritis in jeder ihrer Form unter dem Bilde einer orthostatischen Albuminurie verlaufen kann, so geht daraus schon hervor, daß wir die orthostatische Albuminurie nicht als eine Krankheit sui generis von der Nephritis trennen können. Die orthostatische Albuminurie ist ein Symptom; sie muß in jedem Falle durch eine anatomische Läsion bedingt sein. Bei der orthostatischen Albuminurie besteht eine Minderwertigkeit der Nieren. Infolge dieser Minderwertigkeit kommt es unter gewissen Umständen zu einer anatomischen und funktionellen Läsion des Parenchyms: eine Albuminurie. Das auslösende Moment kann einmal ein rein mechanisches, ein andermal ein reflektorisch nervöses sein. Wir können die orthostatische Albuminurie von der Nephritis anatomisch nicht vollkommen trennen, wir können sie auch funktionell nicht mit Sicherheit unterscheiden, zum mindesten nicht in der von Stejskal und Blum angegebenen Weise.

Emil Schur: Vor allem sei es notwendig, die Umstände kennen zu lernen, unter denen ein Albuminuriker Eiweiß ausscheidet und zweitens die Ursache zu kennen, die bei den betreffenden Individuen zur Albuminurie führt. Im Namen orthostatische Albuminurie ist die mechanische Auffassung zum Ausdrucke gebracht.

Chvostek sieht als auslösendes Bindeglied auch die reflektorische Gefäßinnervation an. Da nach Jehle selbst die Art der Einwirkung der Lordose ganz unbekannt ist, so kann auch die Lordose reflektorisch die Nierengefäße beeinflussen. Meritorisch braucht daher zwischen den Beobachtungen Stejskals, Chvosteks und denen von Jehle kein Widerspruch zu bestehen. Wichtiger ist jedoch, ob die von beiden Autoren angezogenen Momente genügen, das Auftreten der Albuminurien, nicht bloß ihre Auslösung, zu erklären.

Nach seinen Erfahrungen möchte S. diese Frage absolut verneinen. Der Umstand, daß nur wenige Menschen unter den gleichen Bedingungen mit Albuminurie reagieren, weist mit zwingender Notwendigkeit darauf hin, daß irgend eine Veränderung der Nieren oder ihrer Gefäße, sei es auch nur eine funktionelle, für das Auftreten der Albuminurie bestimmend wäre. Chvostek hat schon darauf hingewiesen und speziell bezüglich der Pubertätsalbuminurie auf die abnorme innere Sekretion hingewiesen. Weitere Untersuchungen werden lehren müssen, ob sich nicht auch bei anderen Orthotikern gesteigerte Adrenalinsekretion nachweisen läßt.

Daß Jehle mittels besonderer Maßnahme durch exzessive Lordose bei den meisten gesunden Kindern Albuminurie nachwies, kann gegen diese Anschauung, daß zu der unter gewöhnlichen Umständen — Stehen usw. — auftretenden Albuminurie noch ein weiteres Moment notwendig sei, nichts beweisen.

Novak kam bei seinen Untersuchungen, die an 14 Fällen von orthostatischer Albuminurie vorgenommen wurden und die sich vorwiegend mit der genauen Analyse der die Albuminurie auslösenden Momente befaßten, zu ähnlichen Resultaten wie neuerdings Jehle. Er konnte nachweisen, daß das Eiweiß nicht bloß beim Stehen, sondern auch bei anderen Haltungen, beim Knien mit aufrechter Haltung des Oberkörpers, bei schlaffer Suspension in der Sayreschen Schwebe und bei länger andauernder steiler Schräglage auftritt. Es fehlt dagegen beim Liegen, beim Sitzen, beim Knien mit Aufsitzen auf den Fersen, bei Muskelarbeit, bei aktiver Suspension, bei umgekehrt vertikaler Suspension und bei Thoraxkompression. Jehle führt die Albuminurie darauf zurück, daß die Lordose auf mechanischem Wege, entweder direkt oder indirekt durch den Zug eines zu kurzen Ureters zur Abknickung der Nierengefäße führe.

Diese einfache, mechanische Theorie bei Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse erscheine ihm von vorneherein ganz unwahrscheinlich. Auf Grund von Versuchen an der Leiche glaube er, daß die mechanische Theorie der orthostatischen Albuminurie den tatsächlichen Verhältnissen widerspricht.

Damit will er jedoch der Lordose eine klinische Bedeutung nicht absprechen. Er hat die Jehleschen Untersuchungen nachgeprüft, allerdings nur an einem Falle und kam zu scheinbar verschiedenartigen Resultaten. In einigen Versuchen führte die Lordose zur Albuminurie, in anderen nicht. Bei genauerer Beobachtung konnte er aber eine gewisse Gesetzmäßigkeit feststellen. Alle Resultate stimmten überein, wenn er zwischen einer aktiven und einer passiven Lordose unterschied. Er versteht unter aktiver Lordose eine solche, bei welcher der Patient seine Rückenmuskulatur in mehr minder hohem Grade innerviert. Die passive Lordose wird nur durch äußere Mechanismen bei schlaffer Rückenmuskulatur bedingt. Bei der aktiven Lordose fehlt regelmäßig

das Eiweiß, bei der passiven tritt es regelmäßig auf. Dieser Unterschied erscheint nicht auffallend, wenn man sich an die namentlich von Edel betonte Tatsache erinnert, daß eine energische Muskelaktion auch bei jenen Haltungen, die sonst zur Albuminurie führen, das Auftreten von Eiweiß verhindert. Eine andere Frage, ob die Lordose das einzige Moment darstellt, das die Albuminurie auslöst, konnte er bisher aus Mangel an Material nicht mit voller Sicherheit entscheiden.

Jehle hat am Schlusse seiner Publikation die Vermutung ausgesprochen, daß auch die Schwangerschaftsalbuminurie durch die bei der Gravidität vorhandene Lordose bedingt sein dürfte. Er stellte diesbezügliche Untersuchungen an der zweiten Gebärklinik an und konnte konstatieren, daß die Schwangerschaftsalbuminurie ganz unabhängig von der Schwangerschaftslordose ist und keinen orthostatischen Typus zeigt.

Karl Reitter glaubt auf Grund physiologischer Versuche für die Funktion der Niere auf folgende Momente aufmerksam machen zu müssen. Die Reizung des sympathischen Nervengeflechtes um die Aorta bewirkt Kontraktion der Nierenarterien, damit Oligurie; es ist aus physiologischen Versuchen bekannt, daß Durchschneidung der Plexus renalis Albuminurie zur Folge hat. Die Lordose der Lendenwirbelsäule führt in manchen Fällen zur Albuminausscheidung und zwar wie Jehle betont hat, um so eher, je höher die Lordose sitzt, namentlich im Bereiche des ersten und zweiten Lendenwirbels. Gerade in dieser Höhe, der Wirbelsäule vorgelagert, liegt die Hauptmasse des abdominellen sympathischen Geflechtes. Es wäre daher vielleicht nicht ganz unberechtigt, in diesem Lageverhältnis die Möglichkeit einer Beeinflussung, vor allem einer Reizwirkung zu suchen.

Viktor Blum verteidigt die von ihm angewendete Methode des Ureterenkatheterismus und der funktionellen Diagnostik der Nieren gegen einzelne Einwände von Chvostek und Straßer.

Wenn weiters Kapsamer der Ansicht ist, es handle sich bei der orthotischen Albuminurie um ähnliche Veränderungen wie bei der akuten Glomerulonephritis, so widerspricht dieser Annahme sowohl der Befund bei anderen funktionellen Untersuchungen als auch die einfache Betrachtung eines Falles von Jehlescher lordotischer Albuminurie, wie auch B. gegenwärtig einen Fall in Beobachtung hat, der gegenwärtig auf der Klinik Noorden in Beobachtung steht und über den Jagič hier berichten wird. Wenn in einem solchen Falle anfangs keine Spur von Eiweiß im Harne vorhanden ist, und nach fünf Minuten langem Stehen bei lordotischer Wirbelsäulehaltung beträchtliche Albuminurie auftritt, die ebenso rasch wieder verschwindet. dann kann man natürlich nicht im entferntesten daran denken, daß es sich um ähnliche schwere anatomische Läsionen handeln könne, wie bei der akuten Glomerulonephritis.

Franz Chvostek fügt noch eine Beobachtung an, die für die Beurteilung der hier in Frage kommenden Vorgänge von Belang zu sein scheint. Bei drei Fällen, allerdings leichten Formen von Pubertätsalbuminurie mit einer Eiweißausscheidung von $^1/_2$ bis 1 ‰ konnte er durch Injektion von Morphin und Verabreichung von Bromnatrium das Auftreten von Eiweiß durch Stehen hintanhalten. Es wurde in der Weise vorgegangen, daß die Kranken früh immer eine Stunde aufstanden, der Harn auf Eiweiß untersucht wurde. Dann blieben die Kranken liegen, so lange, bis das Eiweiß im Harne nicht mehr nachgewiesen werden konnte und erhielten dann 0·01 bis 0·02 Morphin subkutan injiziert. In den Fällen, die mit Brom behandelt wurden, wurde nach dem Niederlegen durch drei Stunden hindurch je ein Gramm Bromnatrium, in geringer Flüssigkeitsmenge gelöst, gegeben. In allen drei Fällen blieb beim Aufstehen dann die Eiweißausscheidung aus und konnte im weiteren Verlaufe von drei Stunden (länger wurde nicht untersucht) nicht nachgewiesen werden. Ob dies in allen Fällen gelingen wird, könne er nicht entscheiden, es ist nach dem, was er in seiner vorigen Diskussionsbemerkung angeführt hat, nicht einmal wahrscheinlich, da ja eine Reihe komplizierter Verhältnisse für den Ausfall des Versuches maßgebend sein werden. Immerhin sprechen die gemachten Beobachtungen dafür, daß in diesem meinen untersuchten Falle mechanische Momente im Sinne Jehles für das Auftreten der Albuminurie nicht verantwortlich gemacht werden können.

Nikolaus v. Jagič berichtet über zwei Fälle von orthotischer Albuminurie, die gegenwärtig an der Klinik Noorden in Beobachtung stehen und zweifellos zeigen, wie mechanische Momente, insbesondere lordotische Stellung zur Albuminurie führen, bezw. dieselbe verstärken können.

Der eine Fall betrifft einen 17jährigen Schuster, der vor sechs Wochen mit typischer Tetanie in die Klinik aufgenommen wurde. Bei der Aufnahme war kein Albumen im Harne nachweisbar. Im Verlaufe der Spitalsbeobachtung konnte man beim Patienten Albuminurie konstatieren, die aber nicht bei Bettruhe, sondern nur nach Bewegung und auch da nicht regelmäßig auftrat. Die Probe mit Essigsäure-Ferrocyankalium ergab dabei nur ganz leichte Trübung. Spuren von Euglobulin und Serumalbumin. Nach zehn Minuten dauernder starker lordotischer Stellung trat intensive Albuminurie auf. Der zweite Fall betrifft einen 16 Jahre alten Buchbinderlehrling. Bei beiden konnte weder bei Bettruhe noch auch nach stundenlanger Bewegung im Krankenzimmer und im Freien Eiweiß im Harne nachgewiesen werden. Hingegen trat nach 15 Minuten dauernder aktiver lordotischer Stellung ohne Erschlaffung der Rückenmuskulatur starke Albuminurie auf.

Blum konnte bei der zystoskopischen Untersuchung Blutungen in der Blase und gleiche Funktion beider Nieren in diesem Falle feststellen. Es geht daraus hervor, daß das mechanische Moment bei der Entstehung der orthotischen Albuminurie eine hervorragende Rolle spielt; wenn es auch nicht als das alleinige ursächliche Moment angesehen werden kann. Es gibt zweifellos auch Fälle, bei denen, wie v. Noorden betont, Stoffwechselanomalien eine Rolle spielen, die allerdings noch näher zu studieren wären.

Wilhelm Winternitz wundert sich, daß bisher niemand von der durch thermische Reize willkürlich unter Umständen hervorzurufenden Albuminurie gesprochen hat. Schon Johnson hatte im Jahre 1873 darauf hingewiesen, daß durch kalte Bäder transitorische Albuminurien hervorgerufen werden können. Er habe Versuche angestellt, die zeigen, daß die von Chvostek in den Vordergrund gestellten nervösen und vasomotorischen Einflüsse wahrscheinlich für die Entstehung der orthotischen Albuminurie eine Hilfsursache bilden, doch das interessante Phänomen nicht lösen.

Carl v. Noorden ist der Ansicht, daß am wahrscheinlichsten eine Verengerung der Nierengefäße durch starke Lordose bewirkt wird, sei es durch Zerrung an den Nierenarterien, sei es durch Reizung des sympathischen Plexus (Zerrung oder Quetschung zwischen Wirbelsäule und Aorta) mit nachfolgender Erregung der Vasomotoren der kleinen Nierenarterien. Daß Hemmungen des Blutzuflusses Albuminurie auslösen, ist lange bekannt. Ganz kurz dauernder Verschluß der Aorta oberhalb des Abganges der Nierenarterien oder Kompression der Nierenarterien selbst führt im Tierexperiment sofort zur Albuminurie, die den Eingriff eine Viertelstunde lang und länger überdauert.

Ebenso wie grob mechanische Einflüsse, die bei der lordotischen Albuminurie in Frage kommen, mögen nun andere Einflüsse gefäßverengernd auf die Nierengefäße einwirken, die Ernährung der Nierenepithelien dadurch vorübergehend schädigen und sie durchlässig für Eiweiß machen. Als solche kommen z. B. alimentäre Faktoren in Betracht. Die ältere Literatur ist reich an derartigen, wohlverbürgten Beispielen. Der alimentäre Faktor ist dabei wohl einem toxischen gleichzusetzen, ohne daß wir uns über die Natur des wirksamen



Stoffes jetzt schon Rechenschaft geben könnten. Auch andere, nicht alimentäre Giftstoffe kommen in Betracht. Ferner muß man sich der soeben von Winternitz erwähnten Beobachtungen Johnsons über den Einfluß der Kältewirkung erinnern.

Die hochbedeutsamen Entdeckungen von Jehle sind geeignet, auf viele Erfahrungen über transitorische Albuminurien ein Licht zu werfen; sie mahnen dazu, in jedem Falle nach Momenten zu suchen, die einen gefäßverengernden Einfluß auf die Nierenarterien ausüben. Sie dienen der Theorie der reflektorischen Gefäßneurose eher zur Stütze, als daß sie im Widerspruch damit stehen, und ebenso der Theorie, die mehr in chemischen Einflüssen auf die Nierengefäße die Erklärung sucht.

Karl v. Stejskal bemerkt in seinem Schlußworte, daß die eine von ihm aufgestellte These, auf deren Nachweis er besonderen Wert lege, nämlich daß bei länger dauernden orthostatischen Albuminurien Nierenläsionen konstatiert werden können, allgemein anerkannt wurde.

Zwei Umstände sind es vor allem, welche die vielfach entgegengesetzten Befunde, sowie die verschiedenen Schlüsse der einzelnen Beobachter bewirken und zwar in erster Linie die verschiedene Art der untersuchten Fälle und in zweiter Linie die verschiedene Reaktion der einzelnen Fälle auf gleiche Eingriffe.

Seine Nachuntersuchungen der Befunde Jehles ergaben, daß dieselben nur für Kinder Geltung zu haben scheinen.

Es ist wahrscheinlich, daß das von Hofrat Escherich betonte Moment der Starrheit der Wirbelsäule bei erwachsenen Fällen vor orthotischer Albuminurie, die scheinbar geringe Bedeutung der Lordose für die Pathogenese der erwachsenen orthotischen Albuminurie erklären könnte.

Nach Jehle kommt es entweder durch direkte Einwirkung auf die Gefäße oder indirekt durch einen Zug an den vielleicht zu kurzen Ureteren zu einer Abknickung der Gefäße, wodurch eine Stauung in den Nieren und eine konsekutive Eiweißausscheidung hervorgerufen wird.

Es fragt sich nun, hat Jehle eine solche Hyperämie überhaupt nachgewiesen? Wenn wir seine Argumente, insbesondere seine Obduktionsbefunde durchsehen, so müssen wir das verneinen.

Die bei Orthostatikern gefundene Eiweißausscheidung könne einer Venenstauung, sowohl wegen der Menge als auch wegen der Schnelligkeit der Eiweißausscheidung, die, nach Novak, schon nach ein bis fünf Minuten auftritt, entsprechen.

Anders ist es bei der Hemmung des arteriellen Zuflusses. Bezüglich dieser Beeinträchtigung der Nierendurchströmung und Nierenfunktion verweist St. auf die Versuche und Beobachtungen von Wertheimer, Englisch, Frank (reflektorische Albuminurie bei eingeklemmten Hernien).

Bezüglich des Ausgangspunktes der verschiedenen reflektorischen Momente, die die Nierenzirkulation beeinflussen, läßt sich aus allen den vielen Beobachtungen Anschließendes folgern.

Von Muskulatur und Darm, bezw. auch vom Magen (siehe Ausführungen) gehen reflektorische Reize aus, die die Nierentätigkeit fördern und damit die Albuminurie vermindernd beeinflussen. Durch die Untersuchungen von Jehle erscheint es festgestellt, daß von der Wirbelsäule ein, wie mir scheint, auf nervösem Wege wirksames, entgegengesetzt wirkendes Moment ausgeht. Für die von Strasser behauptete Steigerung der Albuminurie durch Muskeltätigkeit im Stehen, kann ich in der Literatur keine Belege finden. Die Beschränktheit der Wirkung der reflektorischen Reize auf eine bestimmte Stellung ist nur scheinbar und es kommen durch Interferenz der verschiedenen Momente die eigentümlichen Formen der Albuminurie zustande. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Innere Sektion.

Sitzung vom 12. März 1908.

Wilhelm Falta stellt einen 58jährigen Mann vor, der wahrscheinlich Zystizerken im Gehirn hat. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose beruht darauf, daß in der Haut erbsengroße, harte Knötchen sich vorfinden, die sich bei der Untersuchung als Zystizerken erwiesen. Vor acht Monaten verlor Patient plötzlich die Sprache, der rechte Mundwinkel wurde nach rückwärts verzogen und die Finger der rechten Hand waren gefühllos. Die Erscheinungen verloren sich bald, es stellten sich aber darauf Zuckungen im Gesicht, Kopfschmerz und Schwindelanfälle ein. Vor kurzem ein gleicher Anfall.

Julius Flesch stellt einen 23jährigen Mann mit koordinierter Lähmung beider Interni (Konvergenzlähmung) vor. Es besteht Doppeltsehen; die Doppelbilder liegen in der Medianebene am weitesten voneinander entfernt und sind gekreuzt. Konvergenzbewegung der Augen ist nicht möglich, die Pupillen reagieren auf Licht, jedoch nicht auf Konvergenz. Außerdem besteht eine Lähmung des Rectus superior.

Weiters demonstriert Flesch einen Fall von Myasthenie. Vor vier Jahren plötzlich Auftreten von rechtsseitigem Lagophthalmus und linksseitiger Ptosis, Lähmung des Gaumensegels. Die Erscheinungen besserten sich allmählich. Vor neun Monaten trat Diplopie auf, die zwei Monate dauerte, dann trat doppelseitige Ptosis ein und allgemeine Mattigkeit, die jetzt nach dem Verschwinden der Ptosis fortbesteht. Die Mattigkeit ist dadurch charakterisiert, daß die ersten Muskelbewegungen kräftig sind, bei Wiederholungen jedoch immer schwächer werden, so daß sich Pat. z. B. beim Essen ausruhen muß. Auf faradische Reizung zeigen die Muskeln zuerst eine kräftige Kontraktion, die aber bald schwächer wird und schließlich nicht mehr hervorgerufen werden kann.

Maximilian Weinberger demonstriert einen Mann mit einer Kompression der Vena cava superior durch ein Aortenaneurysma. Es besteht hochgradige Kompression der Vena cava, vielleicht auch eine Verwachsung der Innenwände der Vene oder ein Durchbruch des Aneurysmas in dieselbe.

Alexander Strasser stellt eine atypische Tabes vor. Der 55jährige Mann hat vor 30 Jahren Syphilis und vor 10 Jahren eine Polyneuritis mit Endokarditis nach Trauma durchgemacht. Tabische Störungen traten vor fünf Jahren ein, nach Schmierkur Besserung. Später trat nach einer Gemütsbewegung und Durchnässung eine komplette Lähmung aller Extremitäten, geringe Sensibilitäts- und Temperatursinnstörungen ein. Nach wenigen Tagen bildete sich eine stetig fortschreitende Atrophie der gelähmten Muskeln mit Entartungsreaktion aus. Unter hydrotherapeutischer und elektrischer Behandlung kehrte die Beweglichkeit wieder zurück und die Muskeln nahmen an Volumen zu.

Paul Albrecht zeigt den Erfolg der Talmaschen Operation an einem Manne, welcher vor zwei Jahren wegen Leberzirrhose nach Talma operiert wurde. Es erfolgte eine eklatante Besserung, die auf dem Einnähen der Milz in die Bauchwand beruhen dürfte. Durch die Talmasche Operation erzielt man in etwa 66% der Fälle Heilung resp. Besserung.

Rudolf Maresch zeigt ein anatomisches Präparat von Verschluß der Bauchaorta durch einen Intimalappen. Im oberen Abschnitte der Bauchaorta war durch zwei Risse ein Lappen der Intima abgelöst worden, der durch den Blutstrom nach unten umgeklappt wurde, das Lumen der Aorta verschloß und eine ischämische Lähmung der Beine bewirkte. Der Patient war plötzlich unter Lähmungserscheinungen zusammengestürzt. Exitus infolge Herzschwäche und Ödem der Lunge.



Leopold Wick: Über den Heberdenschen Knoten (Schlußwort). Der Heberdensche Knoten hat bestimmt eine selbständige Ätiologie, in der das Aufhören der Geschlechtsfunktion und eine lokale Disposition eine Rolle zu spielen scheinen. Die Arthritis deformans kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen, oft in frühem Lebensalter schon, wobei gewöhnlich nervöse Störungen fehlen, der Heberdensche Knoten tritt bei Frauen häufiger auf, gewöhnlich erst in höherem Lebensalter, und geht mit nervösen und atrophischen Störungen einher. Bei der Arthritis deformans ist wahrscheinlich die Atrophie des Gelenksknorpels das Primäre und die Hypertrophie des Knochens das Sekundäre, dagegen ist beim Heberdenschen Knoten die Knochenwucherung primär. Die Therapie ist machtlos; nur die begleitenden Beschwerden können durch Trink- und Badekuren gebessert werden. Eventuell wären Oophorintabletten von Nutzen. *i. m.*

IV. Literatur.

Gesundheitslehre für Frauen. Von weil. Dr. Roland Sticher, Privatdozent und Frauenarzt in Breslau. Mit 13 Abbildungen im Text. Verlag von B. G. Teubner in Leipzig. (IV und 128 S. 8°. 1907. Geh. Mk. 1·—, in Leinwand geb. Mk. 1·25.

Hier liegt ein ernstes Buch vor, das, auf streng wissenschaftlichen Grundlagen sich aufbauend und durchweg die neuesten Ergebnisse der medizinischen Wissenschaft berücksichtigend, in erster Linie für verheiratete Frauen geschrieben ist, aber auch vorurteilslos und gesund denkenden jungen Mädchen in die Hand gegeben werden kann. Mit Recht verlangt der Verfasser als Arzt, daß die für die Lebensführung wichtigsten Tatsachen, welche die medizinische Forschung ergeben hat, geistiges Allgemeingut werden. Ein solches Wissen soll dem Laien eine Richtschnur für eine zweckmäßige Lebensführung sein, ihn vor eingebildeten Krankheiten bewahren und ihn, gerade in der Erkenntnis, daß jede Krankheit ein außerordentlich kompliziertes Gebilde ist, vor der Selbstbehandlung schützen, ihm vielmehr einschärfen, daß es ihm als Laie ganz unmöglich ist, selbst über seinen oder der Anderen Gesundheitszustand ein richtiges Bild zu gewinnen, so daß also für die Diagnose der Arzt der einzige Sachverständige ist und bleiben muß. Der Verfasser belehrt in anschaulicher und klarer Weise zunächst über die Hygiene des Kindesalters und die Fährnisse während der Zeit der körperlichen Entwicklung, bespricht sodann die Vorgänge während der Menstruation, über die meist eine ganz falsche Ansicht herrscht, und behandelt ausführlich die Probleme der Ehe, Schwangerschaft und des Wochenbetts. Es folgen Betrachtungen über die Gründe der Fruchtbarkeit bezw. Unfruchtbarkeit. Endlich handelt er über die geistige Ausbildung, verlangt dabei mit Recht Verlangsamung des Tempos und legt die Gründe für die Berufsschädigungen und für die Nervosität dar. Eine Reihe von Abbildungen veranschaulicht die wichtigsten behandelten Vorgänge, das beigefügte Register erleichtert die Benutzung des Büchleins.

V. Aus der Praxis.

Auf die **Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens und der Gefäße** weist Adolf Strümpell hin. Wenn man bei Kranken mit arteriosklerotischen Herzbeschwerden (Kurzatmigkeit, Stenokardie, Herzklopfen, Husten, Ödeme usw.) in Fällen unzweifelhafter Aortenerkrankung (Aortensklerose, Insuffizienz der Aortaklappen, Aortenaneurysma) sorgfältig nach tabischen Symptomen forscht, kann man diese häufig nachweisen. Dabei aber handelt es sich nicht um schwerere ataktische Störungen usw., sondern meist nur um die Zeichen der rudimentären Tabes. Diese ist wohl zu unterscheiden von der „initialen Tabes“. Nicht jede „beginnende Tabes“ bildet sich wirklich weiter zur vollentwickelten Tabes, die anfänglichen Symptome bleiben in vielen Fällen stationär, ohne daß neue Erscheinungen hinzugetreten wären. Bei einer solchen in ihrer Entwicklung stehen gebliebenen Krankheit sind die Symptome auch nach 10 bis 15jährigem und längerem Bestehen immer nur noch etwa: reflektorische Pupillenstarre, fehlende Sonnenreflexe und leichte lanzinierende Schmerzen, ohne daß sich eines der schweren tabischen Symptome (Ataxie usw.) hinzugesellt hätte. Zu beachten ist hiebei noch das Fehlen der Achillessehnenreflexe, die gewöhnlich noch vor den Patellarreflexen verschwinden. Übrigens findet man zuweilen sogar eine Steigerung der Patellarreflexe als den ersten Ausdruck der beginnenden Erkrankung, ähnlich wie die Hyperästhesie der Anästhesie, oder die motorische Reizerscheinung der Lähmung vorgehen kann. Ferner ist häufig eine Abnahme des Muskeltonus (Hypotonie der Muskeln) nachweisbar, die sich in der krankhaft gesteigerten Dehnbarkeit der Muskeln zeigt. Aber alle diese Ausfallserscheinungen der rudimentären Tabes, die durch toxische Degenerationen gewisser Nervenbahnen erzeugt werden, muß man suchen.

Andererseits gibt es Kranke mit ausgesprochener Tabes dorsalis, bei denen die Unterstützung des Herzens einen deutlichen Aortenfehler (Aorteninsuffizienz, Aortensklerose) aufweist.

Diese Kombination der beiden Erkrankungen (Tabes und Arteriosklerose) beruht darauf, daß beide Nachkrankheiten einer vorhergegangenen syphilitischen Infektion sind. Für die Tabes (und die analoge progressive Paralyse) sowie für die beigeordneten Erkrankungen des Gefäßapparates ist die Syphilis die wesentliche Ursache, die Conditio sine qua non. Tabes, progressive Paralyse und Arteriosklerose sind toxische metasyphilitische Degenerationsprozesse. Sie sind zurückzuführen auf die durch die Syphilis (Spirochäten) entstandenen, spezifischen Toxine (auch die postdiphtherischen Lähmungen werden durch die Toxine der Diphtheriebazillen erzeugt).

Der Nachweis einer rudimentären Tabes, vor allem der reflektorischen Pupillenstarre, ist ein wertvolles Zeichen für die syphilitische Natur eines Leidens. Man muß daher in jedem der Lues verdächtigen Falle sorgfältig nach einzelnen tabischen Symptomen suchen. (Deutsche med. Wschr. 1907, Nr. 47, S. 1931).

*

Einige Bemerkungen über Extractum Chinae Nanning. Von Dr. E. Toff, Frauen- und Kinderarzt in Braila, Rumänien. (Sonderabdruck aus erstes Juniheft 1905, Zentralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten.)

Das Extractum chinae Nanning wird aus bester roter Chinarinde nach einer eigenen Methode, wahrscheinlich im Vakuum ohne jeden Alkoholzusatz hergestellt und nur jene Stoffe extrahiert, welche therapeutisch von Wichtigkeit sind, während Harze und wachsartige Substanzen in demselben nicht enthalten sind. Die Chinagerbsäure ist als solche enthalten und nicht in Chinarot umgewandelt. Der Alkoloïdgehalt ist durchgehends 5% und haben zahlreiche Untersuchungen gezeigt, daß die Zusammensetzung des Präparates eine stets gleiche ist.

Toff hat das Extract. Nanning in verschiedenen Fällen, namentlich wo es sich um chronischen Magenkatarrh, Verdauungsschwäche, ranziges Aufstoßen, Gefühl von Magenvölle usw. handelte, angewendet und gefunden, daß dasselbe alles leistet, was man von einem guten Chinapräparate erwarten kann. Selbstverständlich ist Extractum Chinae Nanning keine Panazee für alle Arten von Magenerkrankungen, ein dilatierter Magen wird wohl durch dasselbe nicht auf die normale Größe zurückgebracht, ein Ulkus nicht geheilt, auch ein malignes Neugebilde nicht in seinem fatal fortschreitenden Gange aufgehalten; infolgedessen muß man sich zuerst über die Diagnose klar werden und dann die Indikation für die Anwendung des Medikamentes in Anbetracht der eingangs erwähnten Wirkungsweise stellen.



VI. Notizen.

Wien. Der ordentliche Professor der Pharmakologie an der Universität in Wien, Dr. Hans Meyer erhielt den Titel und Charakter eines Hofrates.

Berlin. Der Privatdozent für innere Medizin Dr. A. Albu erhielt den Titel Professor.

Freiburg i. Br. Professor Dr. Joh. v. Kries hat den Ruf an die Universität München als Nachfolger Karl v. Voits abgelehnt.

Professor Mracek gestorben. Nach langem schweren Leiden ist am 8. April im Alter von sechzig Jahren Hofrat Professor Doktor Franz Mracek gestorben. Zu Beneschau am 1. April 1848 geboren, absolvierte er die medizinischen Studien in Wien von 1868 bis 1874, wurde hier 1876 zum Doktor der Medizin promoviert und diente als Subalternarzt an den Kliniken Duchek, Hebra, Dittel und Sigmund. 1876 bis 1880 war er Assistent an der Klinik Sigmund. 1880 habilitierte er sich als Privatdozent für Dermatologie und Syphilidologie an der Wiener Universität und 1889 wurde er Primarius im Rudolfspital. In dieser Stellung verblieb er bis zu seinem Tode. Mracek erhielt den Titel eines Professors der Dermatologie und Syphilidologie und den eines Hofrates. Die wissenschaftlichen Arbeiten Mraceks, die teils größere, teils kleinere Gebiete seiner Disziplin umfaßten, fanden immer die vollste Anerkennung der Fachgenossen. Hofrat Mracek, der auch in der Wiener Gesellschaft eine hervorragende Rolle spielte, erfreute sich einer sehr großen und vornehmen Praxis. Aber mit einer niemals versagenden Energie und aufopfernden Hingebung unterstützte und behandelte er auch die armen Patienten seiner Abteilung. Seine biedere joviale Natur ließ ihn zwischen Arm und Reich niemals einen Unterschied machen. Der Verstorbene war Ehrenbürger von Bad Hall, außerordentliches Mitglied des Niederösterreichischen Landessanitätsrates, Ausschußmitglied der Österreichischen Gesellschaft vom Roten Kreuze und Mitglied mehrerer ausländischen wissenschaftlichen Vereine. Von seinen Arbeiten heben wir hervor: Beitrag zur Entstehung und Behandlung der Adenitis inguinalis mit besonderer Berücksichtung des Jodoforms (1879). — Die syphilitische Primärsklerose außerhalb der Genitalsphäre (1880). — Zur Kenntnis der Dactylitis syphilitica (1880). — Über die syphilitische Initialerkrankung der Vaginalportion (1880). — Die Aufnahme, Umwandlung und Ausscheidung von Quecksilber bei Quecksilberkuren (1881). Über Enteritis bei Lues hereditaria (1883). — Zur Syphilis der Orbita (1886) — Syphilis haemorrhagica neonatorum (1886). — Die Syphilis des Herzens bei erworbener und angeborener Lues (1895). — Atlas der Hautkrankheiten (1899). — Atlas der Syphilis (1899). — Syphilis der Haut (im Handbuche der Hautkrankheiten).

Kongreßkalender für 1908.

Mai, 26.—27.: Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder in Essen.

Mai, 30.—31.: Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden.

Riesenhonorare. Aus dem Lande der unbegrenzten Möglichkeiten kommen hin und wieder Mitteilungen zu uns, daß einzelnen, besonders beliebten Autoren, deren Bücher in Hunderttausenden von Exemplaren Verbreitung finden, Honorare bezahlt werden, auf welche die deutschen Schriftsteller mit Recht neidisch sein können. Nun soll auch ihnen durch einen deutschen Verleger die Möglichkeit zur Erlangung solcher großen Honorare geboten werden, und zwar ist es Reclam, der durch seine rotgelben 20 Pfennig-Bändchen nun schon seit mehr als einem Menschenalter die hohe kulturelle Aufgabe erfüllt, dem deutschen Volke durch billige und gute Lektüre die Literaturschätze aller Zeiten und Völker zugängig zu machen, der für den besten deutschen Roman der Gegenwart das Riesenhonorar von dreißigtausend Mark aussetzt. Der Roman soll in dem Anfang Oktober dieses Jahres beginnenden 25. Jubiläumsjahrgang von „Reklams Universum“ zum Abdruck gelangen. Als Mindestumfang sind 120 „Universum“-Spalten à 55 Zeilen bestimmt, so daß dem preisgekrönten Schriftsteller unter Umständen ein Honorar zufällt, das, auf das Wort berechnet, etwa 1.— Mark beträgt. Jeder einzelne Buchstabe, den der betreffende Schriftsteller schreibt, wird ihm also für diesen Preisroman mit zirka 10—15 Pfennigen bezahlt werden. Daß durch dieses großzügige Preisausschreiben die geistige Produktion der Gegenwart eine außerordentliche Förderung finden wird, ist zweifellos und die deutschen Romanleser dürfen mit Recht auf das Ergebnis gespannt sein.

VII. Eingesendet.

Programm der Fortbildungskurse.

IV. Zyklus vom 4.—17. Mai 1908. — An der I. medizinischen Klinik des Prof. K. v. Noorden. Prof. Dr. K. v. Noorden: Therapie der wichtigsten Stoffwechselkrankheiten am 4., 6., 8., 11., 13., 15. Mai von 7—8 Uhr abends. Einschreibegebühr K 3.—. Prof. Dr. L. v. Frankl-Hochwart: Klinik der Rückenmarkskrankheiten am 11., 12., 13., 14., 15., 16. Mai von 6—7 Uhr abends. Einschreibegebühr K 3. Assistent Doz. Dr. Hans Eppinger: Pathologie und Therapie der inneren Sekretion am 5., 7., 9., 12., 14., 16. Mai von 7—8 Uhr abends. Einschreibegebühr K 3.—. Assistent Dr. Albert Müller: Fortschritte in der Pathologie und Diagnostik der Erkrankungen des Zirkulationsapparates am 4., 5., 6., 7., 8., 9. Mai von 6—7 Uhr abends. Einschreibegebühr K 3.—. — An der II. mediz. Klinik des Hofrates Prof. E. v. Neusser. Assistent Doz. Dr. v. Stejskal: Diagnostik der Magen- und Darmkrankheiten, 6 Stunden, Zeit nach Übereinkommen. Einschreibegebühr K 3.—. Erste Zusammenkunft am 4. Mai, um 5 Uhr nachmittags, im Hörsaale. — An der III. mediz. Klinik des Hofrates Prof. v. Schrötter. Hofrat Prof. Schrötter, gemeinsam mit den Assistenten Dr. Reitter und Dr. Weinberger: Fortschritte in der Diagnose und Therapie der Tuberkulose am 4., 5., 6., 7., 8., 9. Mai von 5—6 Uhr abends. Einschreibegebühr K 3.—. — An der Klinik des Hofrates Prof. Escherich, St. Anna-Kinderspital IX/2, Kinderspitalgasse 6. Hofrat Professor Escherich. Über Säuglingsernährung am 4., 5., 6., 7. Mai von 12—1 Uhr. Einschreibegebühr K 2.—. Assistent Dozent Dr. Hamburger: Klinik und Behandlung der Diphtherie am 8., 9., 11., 12. Mai von 12—1 Uhr. Einschreibegebühr K 2.—. Assistent



Dr. v. Pirquet: Über Tuberkulindiagnostik am 13., 14., 15., 16. Mai von 12—1 Uhr. Einschreibegebühr K 2.—. — An der Klinik des Hofrates Prof. v. Wagner. Hofrat Prof. v. Wagner: Über Syphilis des Nervensystems und progressive Paralyse. Montag den 11. Mai und Mittwoch den 13. Mai von 5—7 Uhr abends. Einschreibegebühr K 2.—. — Dozent Dr. Raimann: Diagnose und Therapie der Neurosen inklusive der Psychoneurosen am 4., 5., 6., 7., 8., 9. Mai von 11—12 Uhr vormittags. Einschreibegebühr K 3.—. Prof. A. Pilcz: Pflege Geisteskranker in der Familie und Anstalt. 4 Stunden im Hörsaale der psych. Klinik und am 16. Mai von 10—12 Uhr vorm. an der Anstalt am Steinhof. Erste Zusammenkunft am 12. Mai um 5 Uhr nachmittags im Hörsaale der Klinik. Einschreibegebühr K 3. — An der Abteilung des Hofrates Prof. Winternitz, Allg. Poliklinik, Mariannengasse. Hofrat Prof. Winternitz und Doz. Dr. A. Strasser: Hydrotherapie im Hause am 11., 12., 13., 14., 15., 16. Mai von 11—12 Uhr vormittags. Einschreibegebühr K 3. Jene Angehörigen der Wiener Ärztekammer, welche an diesen Kursen teilzunehmen wünschen, haben ihre Anmeldung mit Angabe der einzelnen Kurse, welche sie frequentieren wollen, bis längstens 30. April 1908 an die Wiener Ärztekammer zu richten. Als Einschreibegebühr ist für jeden einzelnen Kurs ein Betrag von 3, resp. 2 Kronen (je nachdem der betreffende Kurs 6 oder 4 Stunden dauert) festgesetzt. Die Einschreibegebühr ist im vorhinein bei der Ärztekammer zu entrichten. Ärzte, welche nicht der Wiener Kammer angehören, können an den einzelnen Kursen teilnehmen; dieselben haben für den sechsstündigen Kurs 10 K, für den vierstündigen 8 K zu entrichten und zwar direkt an den Dozierenden. Auskünfte erteilt der Referent jeden Dienstag von 5—6 Uhr im Bureau der Wiener Ärztekammer. Wien, im April 1908. Für den Vorstand der Wiener Ärztekammer, der Präsident: Prof. E. Finger.

VIII. Offene Stellen.

Primararztesstelle. Im Status der Abteilungsvorstände der Wiener k. k. Krankenanstalten ist eine Primararztesstelle II. Klasse, zugleich Vorstandes einer Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke mit dem Range der VIII. und den Bezügen der IX. Rangsklasse, d. i. dem Gehalte jährlicher 2800 Kronen mit vier Triennalzulagen zu je 200 Kronen und der Aktivitätszulage jährlicher 1200 K zu besetzen. Bewerber um diese Stelle haben ihren vorschriftsmäßig gestempelten Gesuchen den Tauf- oder Geburtsschein, den Heimatschein, das Diplom über die Erlangung des Doktorgrades der gesamten Heilkunde an einer österreichischen Universität, sowie die sonstigen Dienstesdokumente und Nachweise über ihre theoretische und praktische Vorbildung anzuschließen. Die Gesuche sind, wenn die Bewerber bereits im öffentlichen Dienste stehen, im Wege der vorgesetzten Dienstbehörde, sonst unter Anschluß eines amtsärztlichen Gesundheits- sowie eines legalen Sittenzeugnisses unmittelbar bei der Einlaufstelle der k. k. n.-ö. Statthalterei (I. Herrengasse 11) bis spätestens 15. Mai 1908 einzubringen.

Direktorstelle. Im Stande der Direktoren der Wiener k. k. Krankenanstalten ist die Stelle eines Direktors mit dem Range und den Bezugen der VI. Rangsklasse, d. i. dem Gehalte jährlicher 6400 Kronen (mit drei Quinquennalzulagen zu je 800 Kronen), der Aktivitätszulage jährlicher 1840 Kronen und der Amtswohnung zu besetzen. Bewerber um diese Stelle haben ihren vorschriftsmäßig gestempelten Gesuchen den Tauf- oder Geburtsschein, den Heimatsschein, das Diplom über die Erlangung des Doktorgrades der gesamten Heilkunde an einer österreichischen Universität, sowie die sonstigen Zeugnisse über ihre faehliche Ausbildung und bisherige Verwendung anzuschließen. Die Gesuche von bereits im öffentlichen Dienste stehenden Bewerbern sind im Dienstwege die Gesuche anderer Bewerber aber unter Anschluß eines amtsärztlichen Gesundheits- und eines legalen Sittenzeugnisses unmittelbar bei der Einlaufstelle der k. k. n.-ö. Statthalterei (I.. Herrengasse 11) bis längstens 10. Mai 1908 einzubringen. Wien, am 18. April 1908. Von der k. k. n.-ö. Statthalterei.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgemeindegruppe Harmannschlag-Harbach - St. Martin-Lauterbach (Niederösterreich), politischer Bezirk Gmünd, mit dem Sitze in Harmannschlag. (67·14 *km*, 3031 Einwohner.) Fixe Bezüge 320 K von den Gemeinden, bisherige Landessubvention von 1000 auf 1600 K erhöht. Die Gemeinde Harmannschlag stellt eine aus 2 Zimmern, 2 Kabinetten, 1 Küche und 1 Keller bestehende Wohnung nebst Obst- und Gemüsegarten gegen einen Jahreszins von 100 K zur Verfügung. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Bewerber haben ihre ordnungsgemäß belegten Gesuche bis spätestens 20. Mai d. J. beim Bürgermeister in Harmannschlag einzubringen.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgemeinde Oberkappel (Oberösterreich), politischer Bezirk Rohrbach, mit 2038 Einwohnern. Mit dieser Stelle ist die jährliche Entlohnung von 600 K seitens der Gemeinde und eine Landessubvention von 1000 K verbunden. Der Posten kann sofort provisorisch besetzt werden. Zur definitiven Verleihung sind die Gesuche mit den Nachweisen der ärztlichen Befähigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung, der moralischen Unbescholtenheit, des Alters und der Konfession bis spätestens 31. Mai d. J. beim oberösterr. Landesausschusse einzubringen.

Gemeindearztesstelle in Liebenau (Bezirk Freistadt, Oberösterreich). Die Gemeinde hat 2498 Einwohner. Das Fixum beträgt 1440 K und zwar 440 K von der Gemeinde und 1000 K Landessubvention. Gesuche sind bis 1. Juli 1908 an den oberösterreichischen Landesausschuß zu senden oder direkt an die Gemeindevorstehung Liebenau zu richten. Anfragen um Auskünfte werden auch von seiten der k. k. Bezirkshauptmannschaft Freistadt erledigt.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 20. Wien, 16. Mai 1908. Nr. 20.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über Urtikaria.*)

Von **Dr. Edward B. Finch** in New York.

Unter Urtikaria versteht man eine Krankheit, die in erster Linie die Haut betrifft und durch Quaddelbildung charakterisiert ist. Diese Quaddeln entstehen einerseits artifiziell durch Berührung der Haut mit Nesseln oder mit Haaren gewisser Raupen oder durch Biß oder Stich verschiedener Insekten, andererseits aber spontan durch bestimmte Störungen der Hauttätigkeit. In beiden Fällen ist die Affektion die gleiche: die Eruption von Quaddeln. Diese sind nun durch eine zirkumskripte Elavation und durch eine auffallende, wachsartige Blässe der Haut, ohne daß die Oberfläche irgendwie verändert wäre, ausgezeichnet und meistens von einem intensiven Juckreiz begleitet. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine rasch vorübergehende Erscheinung: es entsteht ein Erythem, auf dessen Oberfläche in kurzer Zeit sich die Quaddel entwickelt. Der Vorgang der Quaddelbildung ist nicht ganz klar. Wir wissen nur, daß es sich um ein lokalisiertes Ödem, verbunden mit Ischämie an der Oberfläche handelt. Diese Erscheinung im Verein mit einer Hyperämie in der Tiefe lassen auf eine Affektion der Blutgefäße und der Hautnerven schließen.

Die allgemeine Meinung geht nun dahin, daß sowohl ein Krampf wie eine Lähmung der Gefäße bei der Urtikaria eine wichtige Rolle spielen. Daß ein Krampf den Hauptfaktor bei der Erkrankung abgibt, geht auch aus der den Nesselausschlag häufig begleitenden Gänsehaut — Kontraktion der Arectores pilorum — hervor, die zumeist der vollkommenen Entwicklung der Quaddeln vorausgeht und auch bei jener Abart der Urtikaria vorkommt, die als Dermografismus bezeichnet wird. Möglicherweise ist die Kontraktion der Haarmuskeln die Ursache des Juckreizes beim Nesselausschlag.

Ob nun die Urtikaria aus inneren oder aus äußeren Ursachen entsteht, eines ist beiden Formen gemeinschaftlich: eine gewisse Prädisposition des befallenen Individuums. Nicht jeder reagiert auf den gleichen Reiz mit einem Nesselausschlag; es hängt dies mit einer geringeren oder größeren Reizbarkeit der Vasomotoren zusammen. Es scheint diese abnorme Reizbarkeit in einigen Fällen eine einfache Neurose zu sein, in anderen Fällen aber durch eine Autointoxikation bedingt zu sein. Ich sah vor mehreren Jahren einen Fall, bei dem ein kalter Luftzug oder die Abreibung der Haut mit einem in kaltes Wasser getauchten Handtuch genügte, um einen Nesselausschlag zu erzeugen. Es ist bekannt, daß manche Leute immun sind gegen Insektenstiche. Während ferner die Mehrzahl der Menschen gewisse Speisen und Medikamente verträgt, ohne eine Urtikaria zu bekommen, besteht bei anderen nach Genuß dieser Speisen oder nach Einnahme der Arzneien sofort ein Nesselausschlag, wenn auch nicht immer in der gleichen Intensität. Die Disposition zur Urtikaria ist eine wechselnde, sie ist am größten bei jenen Leuten, die an sogenanntem chronischen Nesselausschlag leiden.

In manchen Fällen spielen bei der Entstehung von Urtikaria psychische Momente eine Rolle, Kummer, Angst, Müdigkeit, doch scheinen in diesen Fällen eine Hemmung der Verdauung, resp. die bei mangelhafter Verarbeitung der Speisen entstehenden toxischen Produkte an dem Nesselausschlage schuld zu sein. Nur in einem Falle sah ich eine Eruption bei einem chronischen Urtikarius entstehen, wo sich spät in der Nacht, zu einer Zeit, wo die Verdauung wohl schon beendigt war, Pat. geärgert hatte. Hier dürfte bei bereits vorhandener chronischer Intoxikation die Aufregung den Anfall ausgelöst haben.

Eine spezifische Blutveränderung wurde bei Urtikarien niemals beobachtet, hingegen fand sich im Urin nach dem Anfall eine exzessive Indikanausscheidung.

Juckreiz und Quaddelbildung sind die konstanten Symptome der Urtikaria. Die Quaddeln treten entweder in geringer Anzahl und zerstreut oder in großer Menge und dicht gedrängt auf, eine ausgedehnte ödematöse Masse darstellend. In einem Falle sah ich einen so heftigen Ausschlag, daß innerhalb 20 Minuten nach dem Auftreten des ersten roten Fleckes das Ödem der ganzen Körperoberfläche — an Rumpf, Extremitäten, Hals und Kopf — so mächtig war, daß der Patient wie von Wachs überzogen erschien. Manchmal begleiten den Nesselausschlag Magen-, Darmschmerzen, Brechreiz, Erbrechen und Durchfall. Manchmal treten retrosternale Schmerzen auf.

*) Vortrag, gehalten im Vereine der Spitalsärzte, 21. November 1907.



In vereinzelten Fällen gesellen sich zum Brechreiz Ohnmachtsanwandlungen, ja sogar Ohnmachtsanfälle. Nach dem Erbrechen oder der Ohnmacht pflegen die Quaddeln prompt zu verschwinden und der Anfall nimmt ein jähes Ende. In schweren Fällen kommt es auch zu einem Ödem der Nasen-, Mund-, Rachen- und Larynxschleimhaut, in welch letzterem Falle auch Suffukationserscheinungen auftreten.

Beim angioneurotischen Ödem, das der Urtikaria sehr nahe steht, wurden einzelne Fälle von Exitus wegen Larynx- und Glottisödem beobachtet. Bei der Urtikaria ist mir ein derartiger Ausgang nicht bekannt. In einem Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, trat unvermittelt ein Glottisödem auf, der Patient rang einige Minuten nach Atem und verlor dann das Bewußtsein. Im Momente aber, wo Patient bewußtlos wurde, verschwanden die Quaddeln, das Glottisödem ging zurück, es stellte sich wieder normales Atmen ein, Patient blieb aber noch einige Stunden heiser. Möglicherweise spielte beim raschen Verschwinden der Erscheinungen eine 10 Minuten vor dem Anfalle gemachte Nitroglyzerininjektion eine Rolle, doch hatte ich den Eindruck, als ob die Ohnmacht mehr als das Nitroglyzerin zum Rückgange des Ödems beigetragen habe. Einen ähnlichen Ausgang beobachtete bei demselben Patienten gelegentlich eines erneuten Anfalles ein anderer Arzt, doch trat in diesem Falle keine vollständige Bewußtlosigkeit ein und das Ödem schwand nach Erbrechen. (Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Zentralisation der städtischen Wohnungsdesinfektion. — Das Jubiläumsspital. — Dachgärten in den neuen Kliniken. — Vom marineärztlichen Offizierskorps. — Codex alimentarius austriacus. — Der Wiener Festzug und die freiwillige Rettungsgesellschaft. — Verbot der Verwendung bleihältiger Farben.)

Einer der wenigen Punkte, in dem Wien gegen andere Städte in sanitärer Beziehung vorauseilt, den wir aber umso lieber hervorheben, weil wir sonst häufig in der Lage sind, die Kommunepolitik abfällig kritisieren zu müssen, ist die Zentralisierung der städtischen Wohnungsdesinfektion, die auf Anordnung der Amtsärzte unentgeltlich durch die städtischen Sanitätsdiener ausgeführt wird.

Vom 1. Mai d. J. ist sowohl die Wohnungs- als Effektendesinfektion für das gesamte Wiener Gemeindegebiet provisorisch bis zur Genehmigung der Organisation der städtischen Sanitätsstationen im X., XVII. und XX. Bezirk zu zentralisieren. Es werden zugewiesen: die Desinfektion im III. bis VI., X. bis XV. Bezirk der Sanitätsstation im X. Bezirk, Arsenalstraße 2, die Bezirke VII bis IX und XVI bis XVIII der Sanitätsstation XVII. Bezirk Gilmgasse 18, und die Bezirke I, II, XIX bis XXI der Sanitätsstation XX. Bezirk, Gerhardusgasse 3. — Bezüglich der Vornahme von Privatdesinfektionen wurden vom Stadtrate folgende Beschlüsse gefaßt: 1. Die städtischen Sanitätsstationen haben künftig über Einschreiten einer Partei auch Desinfektionen in solchen Fällen vorzunehmen, in welchen sie nicht vorgeschrieben sind, wenn der Dienst dies zuläßt. 2. Für derlei Desinfektion sind folgende Gebühren einzuheben: für einen Raum mit einem Fenster in einer Front 6 K, mit 2 Fenstern 8 K, mit 3 Fenstern 10 K. 3. Diese Gebühren sind vor Durchführung der Desinfektion einzuheben.

Eine der ersten großen Festlichkeiten anläßlich des Kaiserjubiläums dürfte die Grundsteinlegung für das neben dem Versorgungsheim in Lainz zu errichtende Jubiläumsspital der Stadt Wien werden, die Mitte Mai stattfinden soll. Die Pläne sind vom Stadtbauamte schon so ziemlich fertiggestellt. Es werden im ganzen dreizehn Pavillons, ein Direktionsgebäude und zwei Gebäude für Ärzte und Beamte erbaut werden. Von den dreizehn Pavillons sind acht für Kranke bestimmt, während die anderen als Vorratsgebäude, Badhaus, Küchengebäude und Wäscherei Verwendung finden. Die Anordnung der Gebäude ist in der Weise getroffen, daß sechs Krankenpavillons um einen großen Hof ringförmig gruppiert werden und gegen das städtische Versorgungsheim zu liegen kommen. Die Applanierung des Bauterrains ist beendigt, ebenso ist auch die neue Zufahrtstraße fertigestellt. Mit den Bauarbeiten soll nächste Woche begonnen werden.

Ende Mai erwarten wir auch endlich die Eröffnung der neuen geburtshilflichen Kliniken, über deren Leidensgeschichte wir seinerzeit berichteten. Dabei werden die Patienten Gelegenheit haben, die Vorteile einer Neuerung zu genießen, die ebenso interessant wie praktisch ist. Obwohl nämlich in dem Komplex der Kliniken genügend Raum für Gartenanlagen vorhanden ist, werden doch zu deren Ergänzung auch auf den

Feuilleton.

Organisation.

Vor einigen Jahren wurde ein „großes Wort gelassen ausgesprochen“. Es lautete: „Die Organisation der Ärzte ist vollbracht“.

Es geschah aus Anlaß der scheinbaren Vollendung jener Bestrebungen, welche die Unterbringung jedes Wiener Arztes als Mitglied in irgend einem Wiener Ärztevereine zum Ziele hatte. Nach unserer Meinung ist die wahre Ärzteorganisation ganz anderwärts zu suchen und zu finden. Der erste Schritt dazu ward mit der Begründung des „Krankenvereines der Ärzte Wiens“ gemacht. Dieser bedeutet Selbsthilfe.

Jetzt nach 15jährigem Bestande dieses großartigen Vereines kann man seine Bedeutung und sein wohltätiges Wirken schon gehörig überblicken.

Der soeben ausgegebene 15. Jahresbericht gibt ein erhebendes Bild der Tätigkeit des Vereines. Im abgelaufenen Jahre waren nicht weniger als 118 Mitglieder erkrankt. An diese wurden für zusammen 3818 Krankentage mehr als 30.500 Kronen Krankengeld ausgezahlt; außerdem erwuchsen an Leichenkostenbeiträgen 4200 Kronen. Die Zahl der Mitglieder erreichte die Höhe von 548. Wahrlich, jeder schädigt sich selber, der nicht diesem Vereine angehört. Ist schon die wirtschaftliche Position des Arztes in unserer Zeit ohnehin eine recht schwierige, so erfährt diese eine Steigerung, die unter Umständen, namentlich im Erkrankungsfalle bis zur schmerzvollen Notlage und bis zum wirklichen Elend sich entwickeln und zur wahren Katastrophe werden kann. Der Jahresbeitrag ist freilich ein wenig hoch, verhältnismäßig; er beträgt 60 Kronen, in vierteljährigen Raten zu zahlen. Dafür aber ist auch das Krankentaggeld 8 Kronen, durch die man wohl vor dem Schlimmsten geschützt ist.

Diese zwei Ziffern sind die Grundlage des Bestandes des Vereines, der sich auf streng versicherungstechnischer Berechnung aufbaut.

Es ist daher begreiflich, daß je größer die Mitgliederzahl ist, um so günstiger für den Einzelnen sich diese zwei Zahlen gestalten werden. Bei selbst geringer Zunahme der Mitgliederzahl ist es nicht ausgeschlossen, daß etwa der Jahresbeitrag herabgesetzt, andererseits sogar das Taggeld erhöht werden kann.

Die einzige Remedur für die scheinbare Last des Mitgliedsbeitrages liegt also in der Vermehrung der Mitgliederzahl. Deshalb sollen die Ärzte diesem Vereine vollständig beitreten. Kein Arzt sollte sich da ausschließen.

Ärzte, tretet dem Krankenvereine bei!

Der zweite Schritt zur Organisation war die Gründung des „Wohlfahrtsvereines für Hinterbliebene der Ärzte Niederösterreichs“. Ein Parallelverein zu jenem, entsprungen einer geradezu großartigen Idee und von Liebe zum ärztlichen Stande geleitet. Er galt anfänglich nur für die Wiener Ärzte, nunmehr ist sein Geltungsbereich das ganze Kronland. — Stirbt ein Arzt, so ist seine Familie häufig momentan in geradezu verzweifelter Lage. Kein Kreuzer Geld im Hause, die Leichenkosten werden durch Kollekte aufgebracht, dabei ist man auf Schritt und Tritt von Ausgaben und Geldforderungen belagert.

Dächern der Pavillons Gärten angelegt, in denen sich die Patienten an schönen Tagen ergehen können. Es wird zwar nicht möglich sein, dort große schattige Bäume zu pflanzen, aber Rasen und Blumenbeete und auch kleine Bäume und Sträucher, die in Töpfen gedeihen, wird es dort geben und Zelte werden für den nötigen Schatten sorgen sowie Schutz gegen Regenwetter bieten Im heurigen Sommer will man vorerst erproben, welche Pflanzen und Sträucher sich für die Dachgärten besonders eignen, um dann im nächsten Jahre die Gärten definitiv zu gestalten. Diese Gartenanlagen auf den Dächern bringen den besonderen Vorteil mit sich, daß auch Patienten, die nicht gehen können, auf Tragbahren mittels Aufzuges leicht hinaufgeschafft und ebenso auch bei plötzlichem Eintritte von Regenwetter viel rascher als sonst wieder in ihre Zimmer geschafft werden können. Auch die Überwachung der Patienten auf den Dächern wird eine leichtere sein, da dort nicht, wie in den Höfen der übrigen Krankenhäuser, auch das Publikum Zutritt haben wird. Hohe Steinbalustraden umkleiden die Dächer und verhindern den Ausblick auf die Straße, um zu vermeiden, daß jemand schwindlig wird. Auch Erholungsräume sind unmittelbar bei den Ausgängen, die auf das Dach führen, untergebracht, um bei plötzlichem Unwohlsein Patienten Unterkunft zu gewähren. Erwähnt sei bei dieser Gelegenheit, daß noch vor etwa hundert Jahren ein Regierungsdekret der Verwaltung des Allgemeinen Krankenhauses die Anlegung von Gärten in den bekanntlich sehr großen Höfen verbot, da dies ein zu kostspieliger und überflüssiger Luxus wäre. Erst in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden unter Aufhebung dieser Verordnung die jetzt dort bestehenden Gärten eingerichtet.

Der fortschreitende Ausbau unserer Kriegsflotte macht auch eine Standeserhöhung im marineärztlichen Offizierskorps notwendig, die für das Jahr 1908 acht Stellen beträgt und der im nächsten Jahre eine weitere Erhöhung folgen wird. Durch diese Personalvermehrung, die sich bis zum Marine-Oberstabsarzt zweiter Klasse erstreckt, sind günstigere Vorrückungsverhältnisse im marineärztlichen Offizierskorps geschaffen worden. Bemerkt sei, daß die Gagesätze der Marineärzte bis zur siebenten Rangsklasse höher sind, als bei den Seeoffizieren gleicher Rangsklasse. In wissenschaftlicher Hinsicht bietet das Marinespital in Pola mit seinem vielseitigen Krankenmaterial ein reiches Feld für ärztliche Betätigung; die Einschiffungen bieten — da die Schiffsspitäler die modernen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ermöglichen — Gelegenheit für das Studium der Schiffs- und Tropenkrankheiten, die Durchführung der nach den neuesten Grundsätzen der Hygiene gehandhabten Fürsorge für Verhütung von Krankheiten und das Kennenlernen fremdländischer sanitärer Verhältnisse. Durch die Standeserhöhung im marineärztlichen Offizierskorps werden ferner die auch bisher üblichen längeren Kommandierungen an Kliniken zu Spezialstudien in ausgedehnterem Maße stattfinden können. Wie wir erfahren, erteilt die neunte Abteilung des Reichskriegsministeriums, Marinesektion, den Interessenten mündliche oder schriftliche nähere Auskünfte.

Von ärztlichem Interesse ist die geplante Schaffung eines „Codex alimentarius austriacus“. In einer im Ministerium des Innern stattgefundenen Besprechung von Vertretern der Ministerien des Innern, des Handels und des Ackerbaues, dann des Lebensmittelbeirates sowie eines Delegierten der niederösterreichischen Handels- und Gewerbekammer wurde die Schaffung eines „Codex alimentarius austriacus“, mit welchem einheitliche Grundsätze für die Beurteilung der Nahrungs- und Genußmittel aufgestellt werden sollen, der Beratung unterzogen. Die Ärzte, die bei der Beurteilung der Lebensmittel auch ein Wort dreinzureden haben, wurden in gewohnter Weise bei den Einladungen übergangen; wir glauben, daß die Ärztekammer sich doch da ins Mittel legen sollte. Als Hauptreferent für die geplante Ausarbeitung wurde der Direktor der landwirtschaftlich-chemischen Versuchsstation in Wien, Hofrat Dafert, bestellt, welcher im Vereine mit den für die einzelnen Materien bestimmten Referenten mit der Sichtung und Verarbeitung des bereits vorhandenen älteren Materials, mit der Bearbeitung der noch einzubeziehenden Materien und endlich mit der Zusammenstellung des Entwurfes betraut wurde, der dann als Grundlage für die weitere Arbeit der erwähnten Kommission zu dienen haben wird. Bei der Durchführung dieser allerdings einen längeren Zeitraum erheischenden Aktion soll auf die Wünsche der in Betracht kommenden Interessentenkreisen in weitestgehender Weise Rücksicht genommen werden. Zu diesem Zwecke ist eine rege Fühlungnahme mit den Vertretern der Produktion und des Handels beabsichtigt.

Da kommt die Rettung. Allsogleich kommt Geld ins Haus. Dies mildert den Trauerfall. Obiger Verein sendet sofort den statutenmäßigen Betrag, der sovielmal 2 Kronen ausmacht, als der Verein Mitglieder zählt. Momentan beträgt die Mitgliederzahl zirka 900; daher die unglücklichen Hinterbliebenen etwa 1800 Kronen erhalten, die für die augenblicklichen dringendsten Ausgaben ausreichen.

Der Mitgliedsbeitrag des Einzelnen beträgt 2 Kronen, zur Zeit jedes sich ereignenden Todesfalles eines Mitgliedes zu zahlen.

Eine achtjährige Erfahrung lehrt, daß durchschnittlich wohl an die zehn Todesfälle in einem Jahre vorkommen. Rechnet man ein Maximum von Jahren für die Mitgliedschaft, z. B. 40 Jahre, welches wohl selten erreicht werden wird, so hat man beiläufig 800 Kronen eingezahlt, wofür die Hinterbliebenen 1800 bis 2000 Kronen erhalten. Wahrlich ein glänzendes Geschäft. Dabei ist der Beitrag nicht drückend, da er doch nur 2 Kronenweise geleistet wird. Es kommt vor, daß monatelang kein Sterbefall zu verzeichnen ist. Übrigens liegt auch hier die Lösung des Rätsels der Lastenerleichterung in der Zunahme der Mitgliederzahl. Die höhere Beitragsleistung wächst lange nicht in dem Maße, wie die Steigerung der Summe, die an die Hinterbliebenen ausgezahlt wird. Wenn bei der Annahme von 1000 Mitgliedern etwa 20 Kronen (10 Todesfälle) jährlich zu zahlen sind und der Wohlfahrtsbetrag also auf 2000 Kronen sich beläuft, so ist bei 2000 Mitgliedern mit einer Ersatzsumme von 4000 Kronen nicht etwa der doppelte Betrag, also 40 Kronen jährlich (für vermutlich durchschnittlich 20 Todesfälle) zu zahlen, sondern für wahrscheinlich nur 15 oder 16 durchschnittliche Todesfälle 30 bezw. 32 Kronen.

Dies geht aus den bisherigen Erfahrungen hervor. Daher liegt die Zukunft des Gedeihens auch dieses Vereines im Massenbeitritt der Kollegen.

Der Jahresbericht über das achte Vereinsjahr verzeichnet eine Summe von nahezu 32.000 Kronen, welche an die Hinterbliebenen der im Jahre 1907 verstorbenen 18 wirklichen Mitglieder ausbezahlt wurden. In den 8 Jahren des Bestandes dieses Vereines ergaben sich im Ganzen 72 Todesfälle; an die Hinterbliebenen dieser 72 Mitglieder wurden insgesamt zirka 115.000 Kronen ausbezahlt.

„Diese Zifiern sprechen eindringlicher für das wohltätige, segensreiche Wirken dieses Vereines, als es die schönsten Worte vermöchten.“

Eine dritte organisatorische Tat, die gleichfalls als eine solche eminenter Selbsthilfe zu bezeichnen ist, ist die vor kurzem erfolgte Gründung der „wirtschaftlichen Organisation“ der Ärzte Wiens. Wiewohl dieser Verein noch in seinen Kinderschuhen steckt und noch sehr mit den Anfangsschwierigkeiten zu kämpfen hat, läßt doch die rührige und eifervolle Arbeit des wackeren Kollegen Dr. Skorscheban, der an der Spitze der Organisation steht, sowie der Ernst und die sittliche Höhe seiner Mitarbeiter, mehr aber noch die eiserne Notwendigkeit, die endlich den Ärzten zu Bewußtsein zu kommen scheint, hoffen, daß auch diese Vereinigung bald rüstig sich entwickeln und gedeihen wird. Ihr Hauptzweck, die Erwerbsverhältnisse der Ärzte auf eine bessere, gesundere Basis zu stellen, ist ein volkswirtschaftlich unantastbarer Grundsatz und muß dem Ärztestande und dem einzelnen Arzte zum Heile gereichen.

Eine Vorstellung müssen wir an die Adresse der Freiwilligen Rettungsgesellschaft richten. Diese Gesellschaft scheint bei ihrem löblichen Tun ganz zu vergessen, daß es außer ihr noch Ärzte gibt. Sie nimmt es als selbstverständlich an, daß bei dem großen Wiener Festzuge sie den Sanitätsdienst verrichtet. Sie bedenkt aber nicht, daß sie dadurch einer Anzahl von stellenlosen Ärzten einen Verdienst wegnimmt, da es bei dem Millionenbudget des Festzuges gar nicht in Betracht gekommen wäre, wenn man ein paar hundert Kronen für den ärztlichen Dienst ausgesetzt hätte. So wird aber die Rettungsgesellschaft mit einer geringfügigen freiwilligen Spende abgespeist werden, sie wird entweder angestellten Ärzten eine Riesenarbeit zumuten oder ihre Aspiranten „wurzen“ müssen und das Gros der Ärzte wird leer ausgehen. Wir hoffen, daß die Gesellschaft in letzter Stunde Einsehen haben und sich der schuldigen Rücksichten auf den Stand entsinnen wird.

Schließlich, aber nicht in letzter Linie wollen wir mitteilen, daß endlich Vorschriften erlassen wurden, in der das grundsätzliche Verbot der gewerbsmäßigen Verwendung von Bleiweiß oder bleihältigen Verbindungen zu Innenanstrichen ausgesprochen wird. Es ist dies allerdings erst ein Anfang, denn damit ist die Verwendung der Bleifarben im Außenanstriche usw. noch weiter gestattet. Aber konstatieren wir den löblichen Anfang, denn aller Anfang ist schwer, zumal — in Österreich.

Der 25. Kongreß für innere Medizin.

Wien, 6. bis 9. April.

(Fortsetzung.)

Untersuchungen der Darmfunktionen.

Als Hauptreferent des folgenden Verhandlungstages sprach Schmidt, Halle a. S., über die neuen klinischen Untersuchungsmethoden der Darmfunktionen und ihre Ergebnisse. Seine über viele Jahre sich erstreckenden Beobachtungen haben ihn dazu geführt, analog den Mageninhaltsuntersuchungen, systematische Untersuchungen der Darmentleerungen nach mehrtägigem Gebrauche einer ganz bestimmten Probekost vorzunehmen. Die Ergebnisse, die der Referent in sehr instruktiven Lichtbildern vorführte, lassen sich dahin zusammenfassen, daß wir heute imstande sind, aus dem großen Chaos der verschiedenen Diarrhöen ganz bestimmte Krankheitsbilder abzugrenzen. Mit der Erkennung dieser Zustände ist oft zugleich die Möglichkeit der Heilung gegeben, und besonders für die letztgenannten Krankheitsfälle hat Prof. Schmidt eine ebenso einfache wie rationelle Behandlung angegeben. Weiterhin hat sich Schmidt aber auch mit den krankhaften Fäulnisvorgängen im Darmkanal befaßt, und gelangte zu der Anschauung, daß viele dahin gehörige Fälle, die bisher als nervöse Diarrhöen aufgefaßt worden sind, auf hochsitzende Reiz- und Entzündungszustände zurückgeführt werden müssen. Das gleiche Resultat haben die allgemein bekannten Untersuchungen Schmidts über die chronische Verstopfung gezeitigt. Auch bei diesen, früher stets durch muskuläre oder nervöse Schwäche des Darmes erklärten Leiden ist die primäre Ursache in Veränderungen der Verdauung gelegen, und zwar in einer zu guten, über das normale Maß hinausgehenden Verdauung speziell der zellulosehaltigen Nahrungsbestandteile. Schmidt behandelte dementsprechend das Leiden in besonderer Weise, nämlich mittels Agar-Agar, dem ein wenig schleimhautanregendes Pflanzenextrakt zugesetzt ist.

In der sehr regen Diskussion berichtet Hecht, Wien, über mikrochemische Reaktion auf Schleim; Münz, Prag, betont die Wichtigkeit einer ganz bestimmten Probediät bei der Vornahme dieser Stuhluntersuchungen. — Plönies, Dresden, spricht von der Wichtigkeit der Funktion des Darmes als bakterientötendes Organ, einer Funktion, die sich unter anderem aus der Vermehrung der Bakterien bei Erkrankungen des Darmes und mit ihm in Verbindung stehender Organe erschließen läßt. — Holzknecht, Wien, hat durch Röntgenaufnahmen Gasanhäufungen im Darme nachweisen können. — Straßburger, Bonn, spricht von der Eigenschaft des Darmes, seinen Inhalt an Bakterien zu regulieren. — Schütz, Wiesbaden, betont die Wichtigkeit einer bestimmten Probekost und bekämpft einzelne spezielle Angaben des Hauptreferenten. — Lenhartz, Hamburg, spricht über das Krankheitsbild einer bestimmten, unter katarrhalischen Erscheinungen verlaufenden Darmaffektion, der er eine rein nervöse Grundlage zuspricht. — Schütz, Wien, verbreitet sich sodann über eine Methodik der Funktionsprüfung des Säuglingsmagens. — Rheinboldt, Kissingen, bezeichnet die Grundlage der habituellen Stuhlverstopfung als eine vorwiegend nervöse, die auch demgemäß zu bekämpfen sei. — Pariser.

Alle drei genannten Vereinigungen verdienen auch aus dem Grunde das Vertrauen der Ärzte und die größte Werbekraft, weil deren Leitung in ausgezeichneten bewährten Händen ruht.

Speziell die zwei erstgenannten Vereine, die ihren Befähigungsnachweis schon erbracht, die sich schon bewährt haben, die bereits auf eine Geschichte und keine unrühmliche, zurückblicken, können auf die geradezu mustergültige Wirtschaft hinweisen, die bei ihnen herrscht. Wahrlich, das ihnen anvertraute Interesse der Ärzte kann nicht besser gewahrt werden, als es hier geschieht.

Vor allem aber ist es nötig, daß die Ärzte sich selber ihrer Bedürftigkeit und wahren Interessen klar werden und sich zusammenschließen, um geeinigt den Kampf gegen die Gegner aufzunehmen und zu siegreichem Ende zu führen. Heinrich Heine teilte in einer seiner zahlreichen übermütigen Launen alle Gegenstände der Welt in solche ein, die man essen kann und solche, die man nicht essen kann. Ähnlich kann man alle Menschen in zwei Gruppen unterbringen, deren eine die Ärzte, deren andere die Nichtärzte enthält; d. h. wenn der Arzt irgendwie genötigt ist, sein verletztes ärztliches Recht, überhaupt sein Interesse als Arzt zu wahren und zu verteidigen, so findet er die gesamte nichtärztliche Welt auf der Gegenseite. Keiner hält zu ihm.

Im alten Rom war die ärztliche Tätigkeit bekanntlich so gering geachtet, daß kein freier Mann sie ausüben wollte; deshalb machte man dort die Sklaven zu Ärzten. Im modernen Leben macht man umgekehrt die Ärzte zu Sklaven. Namentlich bei uns in Österreich werden die Ärzte so gedrückt, daß sie wirklich, wenigstens wirtschaftlich, geradezu zu Sklaven erniedrigt werden. Siehe Krankenkassen und manche andere (selbst staatliche) Institutionen.

Die Ärzte sind daher auf sich selbst und sich allein angewiesen und müssen Hilfe nur in der eigenen Kraft suchen und finden. Deshalb müssen sie sich zusammenschließen und zur Selbsthilfe greifen. Die genannten Vereinigungen sind nur der Anfang. Viel bleibt noch zu tun übrig. Es wird wohl zur Bildung von Organisationen behufs Erreichung der Alters- und Invaliditätsversorgung in absehbarer Zeit kommen müssen, die korporative Unfall- und Haftpflichtversicherung wird nicht zu vermeiden sein, sie ist eine Forderung der Zeit und der modernen sozialen und Wirtschaftsverhältnisse. Vor allem aber tut eine Einrichtung not, welche dem Arzte, der in unverschuldete Not gerät, auch ohne krank und alt zu sein, hilfreich unter die Arme greift, damit er sich wieder aufrichten und in bessere Position sich emporarbeiten könne. Doch zu all dem ist eines notwendig. Der Satz: „medicus medicum odit“ muß aus dem Sprachschatze verschwinden und dem Satze: „medicus medicum amat“ Platz machen.

Keine Parteiungen, keine Zerklüftungen, keine Uneinigkeit, keine Zersplitterung durch politische, nationale, konfessionelle Gehässigkeiten dürfen mehr Platz greifen.

Mit vereinten Kräften, wie ein Mann, müssen wir in den Kampf ziehen für unser primitivstes Lebensinteresse, für unsere nackte Existenz und für die Wohlfahrt unserer Angehörigen. Darum noch einmal Ärzte: Gedenket der Apostrophe des sterbenden Attinghausen: „Seid einig, einig, einig!“ und machet euch diese zu eigen.

S. K. (B.)

Hamburg, befürwortet eine Änderung der Schmidtschen Probediät für manche Fälle. — Delug, Wien, demonstriert einen Apparat zur Untersuchung der Gärungsprozesse im Darm.

Großes Interesse erregte auch ein Vortrag des Privatdozenten Dr. A. Bum, Wien, über die Infiltrationsbehandlung der Ischias. Der Vortragende berichtete, daß er bisher 105 Fälle von subakuter und chronischer Ischias mit steriler Kochsalzlösung in den Nerven unter hohem Druck behandelt hat und in 62% dauernde Heilung, in 21% erhebliche Besserung erzielte.

Prof. Schott, Nauheim, hat bereits vor vielen Jahren experimentell akute Herzüberanstrengung dadurch hervorgerufen, daß er gesunde, kräftige Individuen miteinander ringen ließ, bis Atemnot entstand. Er fand perkussorisch wie röntgenographisch Herzausdehnungen. Schott wies darauf hin und beleuchtete durch Krankengeschichten, daß auch bei vorher Gesunden lediglich durch Summierung abnorm starker Muskeltätigkeit das Bild der chronischen Herzüberanstrengung entstehen kann. Während einiger Jahre glaubte man dann, chronische wie akute Herzüberanstrengung könnten nur ein bereits, sei es organisch oder funktionell alteriertes Herz befallen. Auch wurden durch die orthodiagraphischen Untersuchungen von Moritz, Hofmann und de la Camp Zweifel an dem Vorkommen akuter Herzausdehnungen infolge von körperlichen Überanstrengungen laut. Redner erwähnte nun eine Reihe von Untersuchungen anderer, welche beweisen, daß körperliche Überanstrengungen bei vorher Gesunden zur chronischen Herzüberanstrengung führen; ferner gehören hieher die Beobachtungen von Beck, Zuntz und Schumburg, Staehelin u. a. an Hochgebirgstouristen, die bei Radfahrern gemachten Erfahrungen usw.; und nun zeigt Schott, wie gerade bei der Orthodiagraphie die konstanten, insbesondere starken Bewegungen des Herzens leicht zu falschen Bildern führen können und wie die Orthodiagraphie aus diesem Grunde noch weit davon entfernt ist, eine an und für sich einwandsfreie Untersuchungsmethode für diese Zwecke darzubieten. Erst indem man lerne, ebenso wie bei anderen Untersuchungsmethoden die Fehler möglichst einzuschränken, könne man zu gut vergleichbaren Resultaten kommen. Schott hat nun, auf solche Fehlerquellen achtend, seine früheren Ringversuche wieder aufgenommen und die nach solch körperlichen Überanstrengungen erhaltenen Herzgrenzen von zwei in der Röntgenographie Geübten orthodiagraphisch aufnehmen lassen und es ergab sich nach starkem Ringen Vergrößerung des Herzens, so daß Schott wiederum zu demselben Schlusse kam, nämlich: Körperliche Überanstrengungen, die so weit forciert werden, daß sie fühlbares Herzklopfen und starke Dyspnoe verursachen, führen schließlich zu akuten Herzausdehnungen.

Funktionsprüfung des Säuglingsmagens.

Dr. Julius Schütz, Wien, teilte folgendes mit: Die Funktionsprüfung des Säuglingsmagens hat seit etwa zwanzig Jahren keinen Fortschritt erfahren. Vortragender hat gezeigt, daß der Hauptgrund dieser Stagnation in der übertriebenen und einseitigen Wertschätzung lag, welche man der sogenannten „freien Salzsäure“ entgegenbrachte, die nach seinen Untersuchungen soviel wie keine diagnostische Bedeutung besitzt. Er hat nun eine Methode ausgearbeitet, welche vor allem die Motilität des Magens, d. h. die Fähigkeit, seinen Inhalt in den Darm weiterzubefördern, anzeigt und zugleich die chemische Untersuchung in der Weise umgestaltet, daß durch dieselbe vor allem quantitative Anhaltspunkte dafür gewonnen werden können, wie weit im Magen abnorme Gärungen vor sich gegangen sind. An den bisher untersuchten Fällen ließ sich die Überlegenheit dieser Methode gegenüber den früheren zeigen, und es ist Hoffnung vorhanden, daß durch dieselbe die Funktionsprüfung des Säuglingsmagens nicht mehr in dem Maße wie bisher hinter der Funktionsprüfung des Erwachsenenmagens zurücktreten wird, welch letztere bekanntlich bereits auf einer hohen Entwicklungsstufe steht.

Prof. v. Noorden teilte mit, daß die Behandlung der Schleimkolik durch eine schlackenreiche vegetabilische Kost, die Leinhartz und Moritz empfehlen, von ihm bereits vor 12 Jahren empfohlen wurde. Er sei damals auf Widerstand geraten; es freue ihn, daß sein Vorschlag nunmehr akzeptiert wird.

Dr. Wachenfeld, Nauheim, referierte über die Blutzirkulation im gesunden und kranken Herzen. Er führte aus, der Vergleich des Herzens mit einer Pumpe sei richtig. Das Herz sei keine Saug- und Druckpumpe, sondern lediglich eine Druckpumpe. Durch die Zirkulation des Blutes werde im wesentlichen der ganze Organismus nur mit Sauerstoff versorgt, während die eigentlichen Nährstoffe den Zellen nicht durch die Blutgefäße, sondern durch die Lymphgefäße zugeführt werden. Erkranke die Herzmuskulatur, so werde das Schlagvolum verringert, d. h. die Blutzirkulation werde verlangsamt und dadurch der ganze Organismus schlechter mit Sauerstoff versorgt. Erkrankungen der Herzklappen entstehen niemals plötzlich, sondern ganz allmählich, infolgedessen können große Druckschwankungen innerhalb des Herzens nicht vorkommen. Die Gefahr bei allen Herzerkrankungen liege nur in der eventuell eintretenden zu bedeutenden Verringerung des Schlagvolumens. Daraus folge eine mangelhafte Versorgung des Organismus mit Sauerstoff. Für die Praxis ergebe sich aus dem, daß kranke Herzen unter allen Umständen nicht anzustrengen, sondern nach Möglichkeit zu entlasten seien. Die Gymnastik als Heilmittel des kranken Herzens sei zu verwerfen und statt dessen die passive Muskelbewegung, die Massage, anzuwenden, wodurch die Strömung der Lymphe angeregt und der Stoffwechsel im ganzen Körper verbessert werde.

(Schluß folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Nachdem Brau und Denier mitgeteilt haben, daß der Choleravibrio in besonderen Nährböden lösliche Toxine produziere, konnten auch wir mit diesen Stämmen in besonders alkalisierter Bouillon Toxine erzeugen. Diese Vibrionen haben alle Charaktere der Choleravibrio an sich, bilden kein Hämotoxin, was unserer Meinung nach ein Kriterium gegenüber den biologisch identischen hämotoxischen Vibrionen ausmacht. In sechs- bis achttägigen Bouillonkulturen läßt sich aber in Filtraten dieser Choleravibrionen ein Gift nachweisen, welches hauptsächlich Meerschweinchen, weniger Kaninchen, sowohl bei peritonealer als auch bei intravenöser Applikation innerhalb von 6—24 Stunden tötet. Selbst größere Giftmengen vermögen einen rascheren Tod nicht herbeizuführen. Im Gegensatze zu diesen mit einem Inkubationsstadium wirkenden Choleragiften gibt es eine Reihe von Vibrionen, deren Repräsentanten wir derzeit in den sechs spezifischen El Tor-Vibrionen sehen, die biologisch identisch mit dem Choleravibrio sich erweisen, neben Hämotoxin noch ein Toxin produzieren, welches bei intravenöser Applikation Kaninchen, Meerschweinchen innerhalb 5—30 Minuten akut zu töten imstande ist. Diese Gifte konnten wir nicht nur bei El Tor-Vibrionen, sondern auch bei anderen in Europa gezüchteten, bisher als Choleravibrionen angesehenen Vibrionen nachweisen. Auch bei biologisch differenten Vibrionen lassen sich solche akut wirkende Gifte ermitteln. Trotz zahlreicher Untersuchungen ist es uns bisher jedoch nicht gelungen, bei Choleravibrionen, welche kulturell, biologisch als solche anerkannt werden müssen, die kein Hämotoxin zu bilden imstande sind, aus typischen Cholerafällen gezüchtet und in der Ziegenblutagarplatte nicht hämolytisch sind, solche akute Gifte zu finden.

Außer bei den Cholerastämmen aus Saigon hat K. noch bei Choleravibrionen, die ihm Professor Dunbar und Doktor Wladimiroff überlassen haben, ganz gleiche Gifte nachweisen können. Diese Gifte lassen sich aber nicht nur in Filtraten, sondern auch durch Extraktion der Bakterienleiber



erhalten. Daß die Gifte als echte Toxine anzusehen sind, ausgestattet mit antigenen Eigenschaften, geht daraus hervor, daß es sowohl Brau und Denier gelungen ist, mit den Toxinen der Saigon-Stämme als auch uns durch Immunisierung Antitoxine zu gewinnen. Diese Antitoxine sind imstande, nicht nur Saigontoxin, sondern die Toxine der Hamburger und russischer Choleravibrionen zu neutralisieren.

Besonders wichtig erscheint die Tatsache, daß diese Antitoxine, welche die Toxine der nicht hämotoxischen Choleravibrionen zu neutralisieren imstande sind, nicht imstande sind, die akut wirkenden Toxine der biologisch identischen hämotoxischen Vibrionen zu paralysieren, obwohl umgekehrt das Serum der letzteren auch die Toxine der Saigon-, Hamburger und russischen Vibrionen unschädlich zu machen vermag. Es würde sich demnach ergeben, daß das von den mit dem Choleravibrio biologisch identischen El Tor-Vibrionen gewonnene Antitoxin, Toxine aller Vibrionen überhaupt neutralisiere. Daß diese Befunde ihren Ausdruck auch in Heilversuchen finden müssen, war von vornherein klar. Das mit Saigon-Choleratoxinen gewonnene Serum, welches Antitoxin nur gegen das Toxin dieser Vibrionen enthält, bakteriolytische Antikörper aber auch gegen die identischen El Tor-Vibrionen, dürfte nach diesen Ermittlungen bloß therapeutisch wirksam sich erweisen gegen die Toxine der Choleravibrionen, nicht aber gegen die der El Tor-Stämme. Tatsächlich ließ sich zeigen, daß dieses Serum präventiv oder bei gleichzeitiger Injektion auch gegen eine bestimmte Menge El Tor-Vibrionen zu schützen vermag, genau so, wie gegen typische Choleravibrionen, im Heilversuche aber war das Serum gegen El Tor-vibrionen vollständig unwirksam und vermochte nur therapeutisch gegen den Choleravibrio und dessen Gifte zu wirken.

Die Heilversuche wurden an Mäusen ausgeführt, da Meerschweinchen zu giftempfindlich sind und alle Bemühungen über Heilungen mit antitoxischem Serum wohl an der Giftempfindlichkeit dieser Tiere gescheitert sind. Meerschweinchen sind so giftempfindlich, daß schon nach kurzer Zeit (eine halbe Stunde) Heilversuche ausgeschlossen waren. Die weißen Mäuse, deren Giftempfindlichkeit weit hinter der der Meerschweinchen steht, erwiesen sich in dieser Beziehung als brauchbar, insoferne, als die tödliche Giftmenge für Meerschweinchen vom Gewichte von 150 *g* eben giftig für eine Maus sich erwies, dabei erfolgte der Tod der Mäuse später als der der Meerschweinchen. Durch Heranziehung der weniger giftempfindlichen Maus konnten wir nun die bisher ausstehenden Heilversuche durchführen. Es gelang uns sowohl in Infektions- als auch Intoxikationsversuchen den Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit der antitoxischen Seren zu erbringen. Mit dem Serum, gewonnen mit Saigontoxin, gelingt es noch nach einer Stunde, infizierte Mäuse am Leben zu erhalten. Dagegen erwies sich dasselbe Serum, trotzdem bei gleichzeitiger Injektion von Kultur und Serum, in Mengen von 0·05 cm^3, Mäuse am Leben blieben, im Heilversuche gegenüber den El Tor-Vibrionen überhaupt unwirksam. Das letztere Verhalten ist aus dem Vorhergesagten verständlich, denn das Serum, gewonnen mit Saigontoxin, enthält wohl Bakteriolysine auch für El Tor-Vibrionen, nicht aber Antitoxin. Dagegen konnte K. mit dem Serum der spezifischen El Tor-Vibrionen im Heilversuche nicht nur gegen Infektion und Intoxikation mit El Tor-Vibrionen, sondern auch gegen die mit typischen Choleravibrionen noch nach einer Stunde schützen.

Daraus geht hervor, daß verschiedenen Vibrionen und auch dem Choleravibrio die Eigenschaft zukommt, Gifte zu bilden, die wir vermöge ihrer antigenen Wirkung als bakterielle Toxine zu charakterisieren haben. Die mit diesen Toxinen gewonnenen Antitoxine sind imstande, das Toxin der Vibrionen in vitro zu neutralisieren und auch beim Heilversuche im Organismus. Mit den Toxinen der spezifischen El Tor-Vibrionen gewonnenes Antitoxin wirkt nicht nur auf die homologen Gifte ein, so wie Antitoxin der Choleravibriogifte, sondern auf Gifte der verschiedenen toxischen Vibrionen und auf die des Choleravibrio.

Die El Tor-Gifte sind besser darzustellen als die Choleragifte und auch haltbarer als die letzteren, dürften daher zur Bereitung therapeutsch verwendbarer Antitoxine sich als brauchbarer erweisen als die Choleragifte. Die Anwendung dieser hier experimentell geprüften Antitoxine bei der Cholera des Menschen wird allerdings erst lehren müssen, ob die gewonnenen Resultate eine Verallgemeinerung auf die menschliche Erkrankung zulassen.

Über die ärztliche Mitwirkung bei den Schutzmaßregeln gegen die Gefahren des Verkehres und über ärztliches Rettungswesen sprach der Chefarzt der Wiener Rettungsgesellschaft Dr. Charas. Der Vortragende verwies auf die erste Hilfeleistung, die ein wichtiges Gebiet ärztlicher Betätigung sei und zum notwendigsten Wissensinventar des praktischen Arztes gehöre. Mit der ersten Hilfe hängt die Krankenbeförderung auf das innigste zusammen: es ist Sache der Ärzte, auf die Beseitigung hier noch bestehender Mängel hinzuarbeiten. Die Durchführung eines Krankentransportes durch ein öffentliches Fuhrwerk ist von der Erbringung einer ärztlichen Bescheinigung der Transportfähigkeit und des Ausschlusses einer Infektionskrankheit abhängig zu machen. Der Transport von Infektionskranken durch öffentliche Fuhrwerke ist auszuschließen. Es ist die allgemeine Einführung zweckentsprechender Transportmittel für Kranke, insbesondere auf dem flachen Lande, woselbst noch fühlbare Mängel bestehen, anzustreben. Die Aufstellung von Tragbahren zum Gebrauche von jedermann an verkehrsreichen Plätzen größerer Städte ist als zweckentsprechend zu bezeichnen; ebenso an Brücken und Flußläufen die Anbringung von Geräten zur Rettung und von Belehrungen zur Wiederbelebung Ertrinkender. Es entspricht einer dringenden Notwendigkeit, für die Bereitstellung geeigneter Waggons zur Beförderung von Kranken und Verletzten auf Eisenbahnen vorzusorgen, die derzeit bestehenden Durchgangswagen sind für die Ein- und Auswaggonierung von Kranken ungeeignet und ließe sich diesem Übelstande durch Anbringung entsprechender Türen leicht abhelfen. Für den Fall von größeren Eisenbahnunfällen sind im vorhinein genau präzisierte Formen zu erlassen und durch periodische Revisionen und Probeübungen das stets tadellose Funktionieren dieser Einrichtungen sicherzustellen. Das dem Verkehr dienende Eisenbahnpersonal ist in der ersten Hilfe durch Ärzte genau zu unterweisen und ist sowohl dieses als auch die Organe der Sicherheitswache und der Gendarmerie mit Verbandpatronen zu versehen.

In der Abteilung für moderne Immunisation sprach Dr. Berger, Berlin, über die Verhaltungsmaßregeln bei Impflingen zur Verhütung weiterer Ansteckung. Er sagte unter anderem: Die bei der Übertragung des Kuhpockenimpfstoffes von dem geimpften Arm auf andere Körperstellen des Impflings in Betracht kommenden Gesichtspunkte lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Übertragung des Kuhpockenimpfstoffes von dem geimpften Arm auf andere Körperstellen des Impflings kann erfolgen durch die Hände des Impflings oder seiner Pflegepersonen oder durch Kleidungsstücke, Bettwäsche, Schwämme, Abtrocknungstücher, Badewasser und andere Zwischenträger. Die Übertragung wird am häufigsten in der Form der versprengten Einzelpusteln beobachtet, die, falls sie nicht gerade am Auge ihren Sitz haben, als harmlose Impffolgen zu betrachten sind. Wird der Impfstoff auf Hautstellen übertragen, die, wenn auch nur Spuren eines Ekzems zeigen, so kann es zu einer das Leben des Impflings bedrohenden Mischform des Ekzems mit der Vakzineerkrankung kommen. Daher sind in pockenfreien Zeiten ekzematöse Kinder solange von der Impfung zurückzustellen, bis das Ekzem völlig geheilt ist. Auch die Reste abgelaufener Ekzeme des Kopfes, die durch eine rauhe, schrundige oder rissige Beschaffenheit der Haut zu erkennen sind, bilden eine Gegenanzeige für die Impfung. Bei sonstigen Hautkrankheiten ist über die Vornahme oder Ablehnung der Impfung von Fall zu Fall zu entscheiden, wobei die Lokalisation am Kopfe, nässende Beschaffenheit, starker Juckreiz, große Ausdehnung,



ungenügende Reinlichkeit zu ungunsten der Impfung ins Gewicht fallen. Um sich über den Gesundheitszustand des zu impfenden Kindes zu unterrichten, hat der Impfarzt die Angehörigen zu befragen und eine Besichtigung des Impflings vorzunehmen. Um eine Übertragung des Kuhpockenimpfstoffes zu vermeiden, sind der Impfling oder seine Pflegepersonen über nachstehende Punkte zu belehren: Auskunftspflicht gegenüber dem Impfarzte über abgelaufene oder noch vorhandene Krankheiten des zu impfenden Kindes, ansteckende Eigenschaften des Inhaltes der Impfpustel, Vermeidung der Berührung der Impfstellen durch den Impfling selbst, die Pflegepersonen oder Gebrauchsgegenstände, Reinigung der Hände nach erfolgter Berührung der Impfpusteln und Vermeidung von nicht ärztlich angeordneten Heilanwendungen an denselben.

In der Sektion VIII für Demographie wurde zunächst das Gebiet der Statistik über Sterbetafeln für das Deutsche Reich von Prof. Dr. Rahts, Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Charlottenburg, der Sterbetafeln für Preußen von Prof. Dr. Ballod, Privatdozent an der Universität zu Berlin, und der Sterbetafeln für Großstädte von Geh. Regierungsrat Dr. Boeckh, ordentlicher Professor an der Universität zu Berlin, und Prof. Dr. Rahts, Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Charlottenburg, behandelt.

Wer da glaubt, daß es sich bei diesen statistischen Daten um theoretische oder gar trockene Materien handelt, der irrt. Bisher hat man sich freilich mehr auf die theoretischen Auseinandersetzungen über die Methodik der Sterblichkeitstafeln beschränkt. Sie sind die Gesundheitsmesser, es gibt kein anderes objektives Maß von wissenschaftlicher Bedeutung. Sämtliche Staaten behandeln jetzt schon diese Materie mit dankenswerter Gründlichkeit. Preußen will jetzt die praktischen Schlußfolgerungen ziehen, und für die verschiedenen Stände, Alter und Umstände sollen die Sterblichkeitsberechnungen in praktischer, detaillierter Form vorgenommen werden. Solche regelmäßige und erweiterte Berechnungen erweisen sich immer mehr als unumgünglich notwendig.

Sodann fand das wichtige Thema „Lebensdauer der Bevölkerung" Besprechung durch die Herren Huber, Statisticien au service du recensement, Statistique générale de France in Paris, Levasseur, Membre de l'Institut, Administrateur du Collège de France in Paris, und Professor Dr. Silbergleit, Direktor des Statistischen Amtes der Stadt Berlin.

Die Lebensdauer muß erheblich zurückgegangen sein. Es wird gemeldet, daß an manchen Orten und zu manchen Zeiten die Menschen 100, ja 180 Jahre vielfach erreicht haben.

Wenn diese Angaben auch nicht als ganz zuverlässig zu betrachten sind, so ist doch die Annahme nicht ganz von der Hand zu weisen, daß die Lebensdauer zurückgegangen ist. In allerneuester Zeit hat sich jedoch in Berlin wiederum aus den Sterbetafeln eine wesentliche Erhöhung der Lebensdauer nachweisen lassen. Offenbar ist dies den Fortschritten der Medizin und allgemeinen Hygiene, zumal in Berlin zu danken, sodann den Segnungen der Arbeiterversicherung. Auch in England, speziell in London, ist eine Verminderung der Sterblichkeit in allen Altersklassen der Bevölkerung zu konstatieren, so daß sich diese Verbesserung als eine europäische Erscheinung darstellt. Trotz aller Fortschritte der Hygiene ist jedoch die Säuglingssterblichkeit überall dieselbe geblieben.

Interessante Anregungen gab das Thema „Familienstatistik", das von L. March, Chef de la Statistique Générale de France au Ministère du Commerce in Paris und dem Stuttgarter Arzte Dr. Weinberg behandelt wurde. Es ist dies ein ganz neues Gebiet der Forschung. Dr. Weinberg gebührt das Verdienst, dieses Gebiet der Wissenschaft neu erschlossen zu haben. Hier kommen nicht nur biologische Aufgaben, sondern auch soziale Probleme in Betracht. Es handelt sich darum, die Individualstatistik auf die Familienstatistik auszudehnen. Welchen Einfluß übt die Familie im weitesten Sinne auf Degeneration, Regeneration, auf Erkrankung, auf Vererbung aus? Man bedenke nur, wie praktisch wichtig die wissenschaftliche Bearbeitung für die Frage von der Vererblichkeit z. B. von Krebs, Geisteskrankheiten, Selbstmord und anderem mehr ist, so erkennt man, daß hier ein ganz neuer Weg zur Erkenntnis beschritten ist. Die anregende Diskussion bestätigte den Wunsch des Redners, eine allgemeine wissenschaftliche Zentralstätte für diese neue Forschung zu schaffen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Meningitis oder Meningismus. Von Prof. Dr. N. Ortner.

Es soll der Zweck der Vorlesung sein, alle diejenigen Erkrankungen, welche unter dem Bilde des Meningismus auftreten können, übersichtlich vor Augen zu führen und ihre Differentialdiagnose mit einer Leptomeningitis zu kennzeichnen.

In erster Linie kommt eine Reihe von Erkrankungen des Zentralnervensystems in Betracht, zu einem Teile solcher mit sicherer anatomischer Grundlage, zum zweiten Teile solcher ohne diese.

Unter jene zählen: die Pachymeningits acuta haemorrhagia interna, die Enkephalitis, die Sinusthrombose, die Sarkomatose der Hirnhäute, multiple Zystizerkose des Gehirns, das Aneurisma der Arterien der hinteren Schädelgrube, also vornehmlich der Arteria vertebralis oder basilaris, endlich die progressive Paralyse.

Die Diagnose der Pachymeningitis haemorrhagica interna gehört zu den schwierigsten der ganzen internen Medizin, soweit diese Erkrankuug überhaupt greifbare Symptome hervorruft. Ihre Trennung von einer Leptomeningitis ist aber in manchen Fällen um so schwerer, als Erkrankungsprozeße, welche anerkanntermaßen häufig zu einer Leptomeningitis Anlaß geben, gar nicht so selten gerade auch eine Pachymeningitis haemorrhagica mit sich führen können, vor allem die Tuberkulose.

Die Differentialdiagnose hat sich auf die in weitaus den meisten Fällen von Pachymeningits haemorrhagica vorfindliche Geringgradigkeit der Nackenstarre und Nackenschmerzhaftigkeit, den Mangel oder die Geringgradigkeit des Kernigschen Symptoms, die Seltenheit basaler Hirnsymptome und ausgesprochener Haut-, Muskelhyperästhesie, Mangel an Pulsretardation und Arrhythmie, das häufigere Hervortreten zerebraler Reizsymptome in den Extremitäten und die Fieberlosigkeit zu stützen. In manchen Fällen hat die Berücksichtigung einer von O. seinerzeit besonders hervorgehobenen Kontrasterscheinung, die manche Fälle sogenannter gleichseitiger Hemiplegie wohl zu erklären vermag, für die Diagnose der Pachymeningitis haemorrhagica gute Dienste geleistet: die Erscheinung einer scheinbaren Extremitätenlähmung einer Seite, während die normale Funktionstätigkeit der Atmungsmuskulatur gerade auf dieser Seite darüber belehrt, daß auch die Extremitäten dieser Seite in Wahrheit nicht gelähmt, sondern vielmehr durch eine hemmende Reizwirkung außer Funktion gesetzt sind. Vereinzelt kann uns vielleicht die Lumbalpunktion durch Auffinden blutiger Flüssigkeiten diagnostisch zu Hilfe eilen.

Mehr als einmal war O. in der Lage, die Differentialdiagnose zwischen Leptomeningitis und Meningismus infolge Encephalitis acuta zu stellen. O. meint, daß das wichtigste Symptom für die differentielle Diagnose der Frühzeitigkeit von Lähmungserscheinungen bei der letzteren ist. Hiezu gesellen sich meist geringgradige Nackensteifigkeit, geringe oder mangelnde Wirbelsäulensteifigkeit, mangelndes oder höchstens angedeutetes Kernigs Symptom, klare Lumbalpunktionsflüssigkeit.

Nur eine Unterart der Sinusthrombose kann leichter zur Verwechslung mit Meningitis führen, nämlich die Thrombose des Sinus transversus, mag sie entzündlicher oder maranthischer Genese sein. Hier die richtige Diagnose



zu treffen, dazu dient uns die positive Symptomenkette der Sinusthrombose: Ödem der Haut des Processus mastoideus, das Griesingersche Symptom der mangelnden Füllung der Vena jugularis externa auf der Seite der Thrombose, Zwangsbewegungen des Kopfes nach der kranken Seite. Hiezu kann O. nach eigener Erfahrung ein weiteres Symptom rechnen, das ihn schon in mehreren Fällen, in welchen stets eine Otitis mediea suppurativa die Ursache für die Sinusphlebitis abgab, die beste Hilfe gewährt hat: Druckschmerzhaftigkeit am Innenrande des Sternokleidomastoideus auf der erkrankten Seite.

Diese Druckschmerzhaftigkeit zeigte sich, wie die Obduktion lehrte — die Kranken gingen sämtlich an metastatischen Lungenabszessen zugrunde, — durch eine absteigende Phlebitis mit oder ohne Thrombose der Vena jugularis interna bedingt, stellt demnach eine Art Pendant zum Griesingerschen Symptome dar. Nach negativer Richtung aber kommen die meist geringgradige Entwicklung der Nackensteifigkeit, vor allem die relativ geringe Störung des Sensoriums, die kaum nachweisliche Haut- und Muskelhyperästhesie, das kaum erkennbare Kernigsche Symptom wesentlich in Betracht.

Nicht schwerer erscheint die Differentialdiagnose zwischen Leptomeningitis und multiplem Neoplasma (Sarkom oder Karzinom) der Hirnhäute, wenn man daran denkt, daß auch dieses letztere einen Meningismns erzeugen kann. Hier treten vor allem die Fieberlosigkeit sowie der Fund charakteristischer Neoplasmazellen in der Lumbalpunktionsflüssigkeit neben meist vorhandenen metastasischen Lymphdrüsen am Halse in ihre Rechte. Wie das Neoplasma, so vermag auch der Zystizerkus durch sein multiples Auftreten im Gehirne einen Meningismus zu produzieren.

Die Differentialdiagnose zwischen Meningismus durch Cysticercosis multiplex cerebri und Meningitis wird sich seines Erachtens auf den Befund von subkutanen, beziehungsweise muskulären Knoten stützen, die man — eventuell durch Probeexzision — als Zystizerken erkennt, durch den eventuellen Mangel basaler Hirnsymptome, durch den Ausfall der Lumbalpunktion (bei Zystizerkus klare Flüssigkeit vermutlich unter gesteigertem Drucke), durch Fieberlosigkeit, eventuell Eosinophilie des Blutes beim Zystizerkus. Wo freilich eine Kombination der Zystizerkose mit febriler Lungentuberkulose besteht, dort wird nur längere Krankheitsbeobachtung, die histologische Untersuchung der entdeckten Muskelknoten, die Untersuchung der Lumbalpunktionsflüssigkeit und des Blutes das diagnostische Dunkel durchbrechen; hiezu war die Beobachtungszeit meines Krankheitsfalles zu kurz, die Diagnose daher eine irrige.

Geringe Schwierigkeiten hinwieder bietet in der größten Überzahl der Fälle die Differentialdiagnose zwischen Meningismus infolge Ruptur eines Aneurysmas in der hinteren Schädelgrube und Leptomeningitis. Denn im ersteren Falle tritt die Bewußtlosigkeit ganz rapide ein, es fehlen Reizerscheinungen der Meningen wie Hauthyperästhesie, Bauchdeckenspannung, die Erkrankung verläuft fieberlos und die Lumbalpunktion ergibt eine hämorrhagische Punktionsflüssigkeit. Gerade dieser letzte Punkt scheint O. der allerwichtigste zu sein. Denn wir dürfen nicht ganz übersehen, daß es auch eine apoplektiform einsetzende Meningitis tuberkulosa — von der eitrigen und epidemischen Genickstarre gar nicht zu sprechen — gibt, bei der der Kranke nach wenige Tage vorausgegangenen Kopfschmerzen bewußtlos zusammenstürzt und in kürzester Zeit tot ist.

Auch die progressive Paralyse kann Meningismus erzeugen und dadurch in differentialdiagnostische Erwägung mit Meningitis gelangen.

Wie anatomisch wohlbegründete Erkrankungen, so können auch Erkrankungen des Nervensystems, bei denen wir zur Zeit eine sichere anatomische Grundlage noch nicht kennen, eine Meningitis vortäuschen: die Hysterie und — wenigstens unter bestimmten Bedingungen — das Delirium acutum und tremens.

Diese Bedingungen sind dann erfüllt, wenn eine spezielle Erscheinungsform der Meningitis, die sogenannte delirante Form besteht, das heißt Delirien das hervorstechendste Krankheitssymptom der Meningitis bilden.

In einem solchen komplizierten Falle wird die Differentialdiagnose am sichersten aus dem Ausfalle der Lumbalpunktion (trübe, respektive trüb werdende, Leukozyten, eventuell Fibrinnetz führende Flüssigkeit bei Meningitis), dem Fehlen basaler Hirnsymptome, namentlich auch der Differenz der Pupillen und der Pulsarrhythmie zu treffen sein. Auch der Mangel des Kernigschen Symptoms, das Fehlen eines gespannten eingezogenen Abdomens, einer Hyperästhesie auch der Nackenmuskeln wird für die Diagnose eines Deliriums eintreten lassen.

Wie schier jedes Krankheitsbild, so kann die Hysterie auch eine Meningitis vortäuschen. Hier entscheiden für die Diagnose der Hysterie Mangel an Fieber, starke, in kurzen Intervallen wechselnde Schwankungen des Krankheitsbildes, Mangel einer Pupillendifferenz, basaler Lähmungssymptome, negativer zytologischer Befund der Lumbalflüssigkeit und vor allem die psychische Beeinflußbarkeit des Kranken.

Außer der genannten Zahl von Erkrankungen des Nervensystems kann aber ein Meningismus noch durch viele andere Krankheiten, voran durch Infektionen und Intoxikationen des Körpers in die Erscheinung gerufen werden. Unter den Infektionskrankheiten sind es vor allem der Typhus abdominalis, die Sepsis, die Pneumonie, die Influenza, das Erysipel, der akute Gelenkrheumatismus, der Milzbrand und die Malaria, welche praktisch am ehesten in Frage kommen. Manche der genannten Erkrankungen, vor allem die vier erstgenannten können hiebei dadurch einen Meningismus erzeugen, daß sie zur akuten Enkephalitis oder zum akuten Ödem des Gehirnes und seiner Häute führen. Manchmal aber findet man bei der Obduktion — wenigstens makroskopisch — keine Spur von Veränderungen des zentralen Nervensystems. Wo aber die beiden letztgenannten Bedingungen zutreffen, dort hat die Differentialdiagnose auf den Mangel einer zerebralen Pulsverlangsamung und Arrhythmie, weiter auf den negativen Ausfall der Lumbalpunktion und vor allem auf das Vorhandensein von Krankheitszeichen klinischer und bakteriologischer Art zu sehen, welche im positiven Sinne zugunsten einer oder der anderen der sogenannten akuten Infektionskrankheiten verwertbar sind.

O. nennt unter den letzteren besonders den Nachweis der Bakterien im Blute bei Typhus, Sepsis, Pneumonie, eventuell Influenza, Erysipel, der Plasmodien und des Pigmentes bei Malaria und die Gruber-Widalsche Reaktion. Was aber die klinischen Zeichen anlangt, so ist es beispielsweise die Untersuchung des Blutes, welche den richtigen Fingerzeig abzugeben vermag: für Typhus spricht Leukopenie mit Mononukleose, für Meningitis purulenta oder epidemica Leukozytose mit Polynukleose, bei Miliartuberkulose mit Meningitis tuberculosa hinwieder kommt, soweit überhaupt Leukopenie besteht, eine Polynukleose innerhalb der verminderten Gesamtleukozyten wenigstens in der Überzahl der Fälle zur Beobachtung. Hinsichtlich der klinischen Erscheinungen im engsten Sinne sind es oft kleine Symptome, die den Ausschlag der Wage bestimmen, z. B. Vorhandensein eines Herpes, Vorhandensein von Schnupfen, Schmerzhaftigkeit der Nebenhöhlen der Nase, von mehrfachen Schüttelfrösten, von profusen Diarrhoen, von nephritischen Zeichen, einer konstanten Diazoreaktion usw. Auch der Verlauf der Erkrankung wird oft zur Klärung der Situation beitragen. O. denkt diesbezüglich beispielsweise an die Influenza, bei der gerade zu Beginn der Erkrankung meningeale Symptome namentlich bei jugendlichen Individuen einsetzen. Nach 3—4 Tagen volles Verschwinden derselben, ein Hinweis, daß es sich um Meningismus, nicht Meningitis gehandelt hat.

Die septische Intoxikation erzeugt sogar relativ häufig einen meningealen Symptomenkomplex, die Erscheinungen von Kopfschmerzen, Benommenheit, zerebralem Erbrechen, Nackenschmerzhaftigkeit und -starre, allgemeiner Hyperästhesie,



Taches cerebrales, zu denen Pupillendifferenzen nach eigener und fremder Erfahrung nicht vereinzelt hinzutreten. Die Differentialdiagnose stützt sich hier auf das eventuelle Fehlen des Kernigschen Symptoms beim Meningismus septicus, das Fehlen basaler Hirnnervenlähmungen, von Pulsverlangsamung und Arrhythmie, auf die klare Lumbalpunktionsflüssigkeit, den gelungenen Nachweis von Eiterkokken im Blute. Hiezu treten noch bestimmte für die Diagnose der Sepsis verwertbare klinische Symptome, wie das bald mit Schüttelfrösten unterbrochene, bald wieder gesetzlos verlaufende Fieber, die septischen Hautexantheme, die auffällige Beschleunigung der Atmungszahl, die septischen Diarrhoen, die auffällig weichen Milztumoren, die Knochenschmerzen.

(Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 19. März 1908.

Alfred Neumann und Alois Kreidl berichten über die in der Tiermilch vorkommenden Ultrateilchen (Laktokonien). Sie fanden dieselben auch in der Milch der Stute, des Elefanten, der Ziege und der Ratte. In der Frauenmilch fehlen diese Teilchen. Die Teilchen treten bei der Katze erst nach dem Wurfe, bei der Ziege und dem Kaninchen schon vor demselben auf. Die Teilchen bestehen aus Kasein. Sie lösen sich nicht in Äther, lassen sich durch Pepsin und Pankreas verdauen und agglutinieren bei Lab- und Säurezusatz. Das Vorhandensein der Teilchen in der Kuhmilch erklärt die Tatsache, daß das Fett derselben sich nicht leicht ausschütteln läßt, durch die mechanische Behinderung, welche den Zutritt des Äthers zu den Fettkügelchen erschwert. Löst man die Teilchen durch Lauge, so kann das Fett leicht ausgeschüttelt werden. Es ist dadurch die Annahme einer Haptogenmembran überflüssig. Die Ultrateilchen der Milch stehen in inniger Beziehung zu der Gerinnung derselben. Unter dem Ultramikroskop kann man eine durch Lab oder durch Säure bewirkte Agglutination derselben bis zum Ausfallen von Flöckchen beobachten. In der Frauenmilch muß man erst durch Labzusatz ein Auftreten von Ultrateilchen erzielen, die dann bei höherer als der normalen Azidität ebenso wie die Teilchen der Kuhmilch agglutinieren und schließlich als Flöckchen ausfallen. Das Optimum der Labung befindet sich bei einer Azidität von 10 cm^3 $^1/_{10}$%iger Normalsalzsäure auf 100 cm^3 Milch. Dadurch ist der scheinbare Gegensatz zwischen Kuh- und Frauenmilch überbrückt. Außer durch Lab kann auch durch andere Agenzien, wie höhere Säuregrade, Säure + Hitze, Schütteln mit Äther usw., das Kasein in Teilchenform zur Ausfällung gebracht werden, da es sich in der Frauenmilch offenbar in einem sehr labilen Gleichgewichtszustand befindet.

Theodor Escherich weist auf die Wichtigkeit dieser Untersuchungen hin, die beweisen, daß auch die Frauenmilch Kasein enthält.

Berthold Schick demonstriert Bilder von Koplikschen Flecken an der Caruncula lacrymalis bei Masern. Schick sah bei 4 Kindern ungefähr am dritten Tage des Prodromalstadiums an der Conjunctiva bulbi, an der Caruncula lacrymalis und am Augenlide weißliche Flecke (Koplikschen Flecken). Dieselben verschwanden noch im Laufe desselben Tages.

Theodor Escherich hat diese Flecke an der Caruncula lacrymalis ebenfalls in zwei Fällen gesehen. Er erwähnt auch, daß die sogenannten Koplikschen Flecke schon früher bekannt waren, bevor sie Koplik beschrieben hat.

Wilhelm Gellhorn: Über Ermüdungstoxin und antitoxin (Kenotoxin, Antikenotoxin, Kenopräzipitin). Das Kenotoxin gewinnt man aus dem Muskelpreßsafte tödlich ermüdeter Tiere, das Antikenotoxin aus dem Serum von Tieren, die mit Kenotoxin aktiv immunisert wurden. Es gelingt aber auch, das Kenotoxin durch chemische Erschütterung von Eiweiß bei Temperaturen unter 40°, das Antikenotoxin auf die gleiche Weise, aber bei Siedetemperatur zu gewinnen. Es ist dies also der erste Antikörper, der mit Umgehung des Organismus gewonnen wurde. Bei der Entstehung des Antikörpers bildet sich ferner ein spezifisches Präzipitin, das Kenopräzipitin, das nicht auf natives Eiweiß wirkt, dagegen auf Eiweiß, welches in der beschriebenen Weise behandelt wurde. Im Harne des ruhenden Menschen kann kein oder ein nur sehr schwaches Präzipitat erzeugt werden, hingegen weist der Urin nach anstrengender körperlicher Tätigkeit selbst noch in großen Verdünnungen eine präzipitable Substanz auf. Da Kenotoxin, außer in Bakterienendotoxinen, im Schlangengifte, Opium, in der Expirationsluft usw. auch in den Exkreten von Warmblütern, zum Beispiel im Urin körperlich tätiger Erwachsener, nachgewiesen werden konnte, so unternahm es Vortragender, den Urin ruhender Säuglinge auf die Anwesenheit dieses Toxins zu untersuchen. Seine Resultate waren: 1. Kenotoxin tritt nicht im Urin jedes Säuglings in einer am Tierversuche zu demonstrierenden Menge auf. 2. Säuglinge, die ein bestimmtes Krankheitsbild boten — bröckligen, oft käsig stinkenden Stuhl, Untertemperaturen, Pulsverlangsamung, Somnolenz, hochgradige Atrophie — schienen stets das Gift in erhöhtem Maße abzusondern. Besserte sich das Befinden, so mißlang der Nachweis. 3. Brustmilchzufütterung und genügende Zuführung von Antikenotoxin scheinen das Gift dem Nachweise zu entziehen.

i. m.

IV. Literatur.

Grundzüge der Hygiene. Bearbeitet von Prof. Dr. W. Prausnitz, Graz. 8. vermehrte und erweiterte Auflage. J. F. Lehmann, München 1908.

Dieses bekannte Werk über Hygiene, das bereits in der 8. Auflage erscheint, bedarf gewiß weiter kaum der Empfehlung, da es wohl allen Studierenden der Medizin und Praktikern wohl bekannt ist. In der neuen Auflage sind alle wichtigeren neueren Publikationen berücksichtigt und gerade durch die prägnante Kürze (592 Seiten) unterscheidet sich dieses Werk wohltuend von anderen Lehrbüchern, die das gleiche Thema behandeln.

Wir können daher dasselbe angelegentlichst den Medizinern wie praktischen Ärzten empfehlen.

Die chronischen Herzerkrankungen, ihre Entstehung, Diätetik und Behandlung. Von Dr. med. Heinrich Frick, Arzt in Bad Nauheim. 2. vermehrte Auflage. Preis Mk. 1. Verlag von Otto Salle in Berlin W 30.

Ein Büchlein, das Frick aus seiner Praxis heraus geschrieben hat. Es bringt in kurzer und allgemein verständlicher Sprache alles, was zu Nutz und Frommen der an Herzkrankheiten Leidenden dienen kann. Nachdem es den Leser in die Tätigkeit des menschlichen Herzens im Haushalte des Körpers eingeführt, sowie die Entstehung der einzelnen Herzleiden einzeln für sich geschildert hat, zeigt es, wie die zu solchen Leiden Neigenden sich zu verhalten haben, um der Gefahr der Erkrankung zu entgehen. Weitaus am meisten erregt der Verfasser aber unser Interesse in den Kapiteln, wo er über die Lebensweise, Ernährung, Kleidung, Wohnung, kurz über alle die Hygiene der Herzleidenden betreffenden Punkte seine ausführlichen Darlegungen gibt. In den letzten Kapiteln wird dann die Behandlung der Herzkranken besprochen.

V. Aus der Praxis.

Die anästhesierende Wirkung des Buccavacedrol bei akuter gonorrhoischer Urethritis. Von Dr. E. Riegelhaupt, Sekundararzt. (Aus der dermato-syphilidologischen Abteilung des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien. Vorstand Prof. Ehrmann.)

Bezüglich der kombinierten Therapie der Gonorrhoe besteht derzeit eine gewisse Einigkeit unter den verschiedenen



Autoren; auch die Schulen strengster Observanz haben die interne Behandlung der akuten Gonorrhoe in ihren Heilplan aufgenommen. Bezüglich der anzuwendenden Mittel gehen die Ansichten weit auseinander. Während von der einen Seite auch für die interne Behandlung die antiseptischen Eigenschaften als bestimmend bei der Wahl des Mittels in den Vordergrund gestellt werden und dementsprechend die Anwendung verschiedener Salizylate (Urotropin, Helmitol, Borovertin usw.) durch Kulturexperimente und Harnuntersuchungen gestützt wird, ist die andere Seite zufrieden, wenn durch die interne Behandlung mit den Balsamizis ein Nachlassen und Schwinden der akuten Entzündungssymptome bewirkt wird, wobei noch darauf hingewiesen wird, daß auch letzteren Mitteln antiseptische Eigenschaften nicht ganz abzusprechen sind. Zwischen beiden Lagern ist es aber auch schon teilweise zu einem Vergleich gekommen, indem für gewisse Stadien der Gonorrhoe, innerhalb welcher man nur auf temporäre innere Behandlung angewiesen ist. chemische Verbindungen von Harnantiseptizis (z. B. Urogosan) empfohlen wurden. Die Wirkung der reinen Antiseptika auf die Gonokokken ist wohl eine direktere als die der Balsamika, doch ist bei ihrer Anwendung keine Differenz in irgendeiner Beziehung (subjektive Beschwerden, Krankheitsdauer usw.) zu merken, jedenfalls nicht im Endresultate, welches zum großen Teile durch die Wirkung der lokalen Behandlung herbeigeführt wird, auf welche oft nicht verzichtet werden kann. — Die schmerzlindernde Wirkung der Balsamika ist allseits anerkannt; von letzteren berücksichtigt Autor in seiner Arbeit nur das von Fragner, Prag, hergestellte Buccavacedrol, welches erzeugt wird aus dem Atlaszedernöl, dem Kawaharz und dem Buccoblätterextrakt, wobei das Zedernöl den Hauptbestandteil der Mischung darstellt. Man verabreicht gewöhnlich fünfmal täglich zwei Gelatinekapseln, von denen jede 0·19 Zedernöl enthält, in welchem 0·05 Kawaharz und 0·06 Buccoblätterextrakt gelöst sind. Das Mittel wurde anstandslos vertragen, es zeigten sich weder Magenbeschwerden noch sonstige toxische Erscheinungen. Die quälenden Schmerzen der ersten Krankheitstage ließen auffallend rasch nach; ganz besonders verdient die Hemmung der Erektionen hervorgehoben zu werden, wodurch gleichzeitig prophylaktisch (Vermeidung von Komplikationen) gewirkt wird. Der Ausfluß wurde geringer, ähnlich wie dies bei dem Gebrauche anderer Balsamika gewöhnlich beobachtet wird. Durch die prompte anästhesierende Wirkung macht das Buccavacedrol die Einleitung der Lokalbehandlung, die oft an der großen Schmerzhaftigkeit scheitert, in kürzester Zeit möglich. Zur Erzielung möglichst voller Wirkung muß man den Patienten dazu verhalten, mindestens fünfmal täglich und zwar stets vor dem Einnehmen der Kapseln zu urinieren; man erreicht dadurch, daß die Harnröhrenschleimhaut so oft als möglich mit dem das Medikament enthaltenden Urin in Berührung gebracht wird. Zum Schlusse hebt Autor noch einmal hervor, daß Buccavacedrol gern genommen und leicht vertragen wird, keine Obstipation wie einige andere Balsamika macht und die subjektiven Beschwerden rasch kupiert. Es erscheint demnach die Anwendung dieses Mittels in allen Fällen berechtigt, in welchen die subjektiven Beschwerden derart im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen, daß ihre rasche Beseitigung als die wichtigste Aufgabe erscheint.

VI. Notizen.

* Prof. Dr. Hermann Schlesinger beginnt wie in früheren Jahren einen unentgeltlichen Fortbildungskurs für praktische Ärzte aus dem Gebiete der inneren Medizin unter besonderer Berücksichtigung der neueren Therapie am Mittwoch, den 13. Mai 1908. Ort: Abteilung des Vortragenden im k. k. Allgemeinen Krankenhause, VIII. Hof, Zimmer Nr. 87. Zeit: Mittwoch und Freitag 9 bis 10 Uhr vormittags.

* Prof. Robert Koch, der seit einiger Zeit in Amerika weilt, hat Chicago plötzlich verlassen, weil (nach seinen eigenen Worten) übereifrige Freunde, sowie Bürger und Zeitungsleute ihm durch übertriebene Aufmerksamkeiten den Aufenthalt unmöglich machten.

* Der berühmte Bakteriologe Prof. Metschnikow vom Institut Pasteur in Paris, welcher viele Jahre als Ehrenfriedensrichter der Stadt Odessa fungierte, ist bei den letzten Neuwahlen für das nächste Triennium von der reaktionären Odessaer Stadtduma herausballotiert worden.

Wiener medizinisches Doktorenkollegium. Bei der am 31. März l. J. abgehaltenen Generalversammlung des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums wurden gewählt: Zum Präsidenten auf ein Jahr: Primarius Dr. Josef Heim; zu Vizepräsidenten auf ein Jahr: Regierungsrat Dr. Wilhelm Svetlin und Dr. Anton Khautz v. Eulenthal sen.; zu Geschäftsräten auf drei Jahre: DDr. Heinrich Adler, Siegmund Adler, Leonhard Buberl, Emanuel Frank, Anton Gerhold, Adolf Klein, Simon Lauterstein und Max Weiß; zum Geschäftsrate auf ein Jahr (Ersatzwahl): Dr. Siegmund Pollitzer; zum Mitgliede des Kuratoriums der Singerstiftung auf Lebensdauer: Dr. Josef Scholz; zu Mitgliedern des wissenschaftlichen Ausschusses auf drei Jahre: DDr. Franz Batsy, Otto Bergmeister, Leonhard Buberl, Josef Englisch, Karl Fischer-Colbrie, Josef Grünfeld, Georg Lotheissen und Eduard Schiff.

Sitzung des Obersten Sanitätsrates. In der am 4. d. M. abgehaltenen Sitzung des Obersten Sanitätsrates gelangten nachstehende Gegenstände zur Verhandlung: 1. Besetzungsvorschlag für die erledigte Stelle eines Primararztes im Status der Wiener k. k. Krankenanstalten. (Referent: Hofrat v. Jaksch.) 2. Referat über eine Reorganisation des öffentlichen Sanitätsdienstes auf Grund des in der Sitzung des Obersten Sanitätsrates am 7. v. M. vom Obersanitätsrate, Hofrat Prof. Dr. Ritter v. Jaksch, eingebrachten Initiativantrages auf Verbesserung der Lage der Amtsärzte. (Referent: derselbe.) 3. Gutächtliche Äußerung über die obligatorische Einführung eines Hebammenkalenders. (Referent: Hofrat Chrobak.) 4. Begutachtung des Programmes für die Malariatilgung in Dalmatien. (Referent Hofrat Weichselbaum.) 5. Besetzungsvorschlag für eine erledigte Oberbezirksarztesstelle in Tirol. (Referent: Ministerialrat Daimer.) 6. Abänderung der Impfausweise der Impfärzte. (Referent derselbe.)

Wohin diesen Sommer? Diese Frage ist von ernstester Bedeutung und soll in jeder Familie frühzeitig und recht eingehend erwogen werden, denn die richtige Wahl der Sommerfrische ist heute an das Zusammentreffen mannigfacher Bedingungen geknüpft. Als einziger Behelf zur raschen Auffindung eines passenden Kur- und Landaufenthaltes dient der reich illustrierte „Wegweiser durch Kurorte, Sommerfrischen und Hotels", dessen neueste (6.) Ausgabe die ausführlichen Schilderungen aller Fremdenstationen der österreichischen Monarchie nebst einem Hinweise auf 40.000 Sommerwohnungen in allen Größen und Preislagen sowie Hotels, Gasthöfe, Pensionen, Heilanstalten usw. enthält. Der Wegweiser kann in einzelnen Kronlandsheften à 70 h durch den Buchhandel sowie per Post gegen Einsendung von 90 h für Zentralauskunftsstelle für Sommerwohnungen, Wien, I. Bezirk, Wollzeile 4, bezogen werden.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße **47**.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/₂, Spengergasse 21.

JUN 30 1908

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 21. Wien, 23. Mai 1908. **Nr. 21.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13313) zu senden.

Über Urtikaria.

Von **Dr. Edward B. Finch** in New York.

(Schluß.)

Für die Therapie gibt uns die Symptomatologie und der Verlauf der Krankheit, namentlich in jenen Fällen, in denen sie einen ganz akuten Charakter zeigt, eine Handhabe. Wir sehen, daß es sich um einen Krampf der peripheren Blutgefäße handelt, der aller Wahrscheinlichkeit nach durch eine Intoxikation vom Darmtrakte aus hervorgerufen und von einer Quaddeleruption und Angina pectoris ähnlichen Schmerzen begleitet wird. Kommt es zu einem Ohnmachtsanfalle, dann verschwinden die Symptome des Angiospasmus. Wenn Erbrechen und Durchfall auftreten, dann schwinden nicht nur die Symptome des Gefäßkrampfes, sondern es wird auch zugleich das Gift eliminiert, der Darm von den toxisch wirkenden Produkten befreit und gleichzeitig ist auch zumeist der Anfall beendet.

In der Bekämpfung der Urtikaria hat sich uns am besten Kreosot bewährt. Warum seine Wirkung besser ist als die der anderen Antiseptika der aromatischen Reihe oder der sogenannten Darmdesinfizienzien, darüber kann ich keinen Aufschluß geben. Es mag vielleicht seinen Grund in der größeren Feuchtigkeit und Penetrabilität dieses Präparates gegenüber analogen Verbindungen haben, wodurch es eine weniger feste Verbindung mit den Eiweißstoffen eingeht. Obgleich das Kreosot im allgemeinen als Darmdesinfizienz keine große Bedeutung hat, scheint es doch gerade gegen jene Toxine, die den Nesselausschlag provozieren, spezifisch zu wirken. Ich sah mehrere Fälle, die jeder anderen Therapie hartnäckig trotzten und auf Kreosot vollständig heilten. Ich erinnere mich speziell an eine junge Dame, die seit Jahren an Urticaria haemorrhagica litt, bereits den ganzen in Frage kommenden Arzneischatz erschöpft und bereits alle Hoffnung auf Heilung aufgegeben hatte. Während eines erneuten Anfalles gab ich ihr mehrere kleinere Dosen von Kreosot, und in zwei Tagen waren die Symptome der Urtikaria bis auf die Petechien geschwunden. Das Kreosot wurde dann noch durch zehn Tage nach den Mahlzeiten verabreicht; in den folgenden zwei Jahren, während welcher Zeit die Patientin unter meiner Beobachtung stand, kehrten die Anfälle nicht wieder. Gibt man bei akuten Fällen das Kreosot in kleinen Mengen zu Beginn eines Nesselausschlages, so kann man den Anfall koupieren oder wenigstens stark modifizieren. Ich gebe gewöhnlich das Mittel in Intervallen von 15—20 Minuten, bis ein Effekt erzielt ist.

Bei rezidivierender oder chronischer Urtikaria setzt das Kreosot entweder die Häufigkeit der Anfälle herab oder beseitigt sie vollständig. Ich pflege es nach dem Essen und vor dem Schlafengehen in Gelatinekapseln und in Pillenform nehmen zu lassen.

Einer meiner Patienten, den ich durch neun Jahre beobachten konnte, führte diese Therapie in den letzten fünf Jahren durch, wobei er zeitweise die Dosis variierte oder eine Zeit hindurch das Mittel nur vor dem Schlafengehen nahm. Die Anfälle, die früher in alarmierender Häufigkeit auftraten, bleiben wochen- und selbst monatelang aus.

Allerdings versagt auch das Mittel manchmal, ebenso wie Chinin bei der Malaria und die Salizylsäure beim Rheumatismus. In diesen Fällen hilft oft das salizylsaure Natrium, obgleich es kein so starkes Antiseptikum wie das Kreosot ist, doch läßt sich plethysmographisch eine Erweiterung der Hauptgefäße konstatieren, eine Erscheinung, die sich wahrscheinlich auf eine Reizung des Vasodilatatorenzentrums in der Medula oblongata zurückführen läßt. Auch Salol, das im Darme in Salizylsäure und Karbolsäure gespalten wird, ist in der Therapie der Urtikaria, und zwar namentlich der hartnäckigen Fälle, als Adjuvans des Kreosots von Wert — am besten nach dem Essen verabreicht. Häufig ist man, wenn es sich um heftige Anfälle handelt, gezwungen, energisch einzugreifen. In solchen Fällen sah ich von Brechmitteln eine prompte Wirkung. In einem Falle habe ich, da ich kein Emetikum bei der Hand hatte, eine hohe Darmeingießung mit ausgezeichnetem Erfolge gemacht. Wenn die Emetika versagen oder aus irgend einem Grunde kontraindiziert sind, dann kann man zu den krampfstillenden resp. gefäßerweiternden Mitteln greifen. Am empfehlenswertesten sind Atropin und Nitroglyzerin. Beide Mittel werden am zweckmäßigsten subkutan verabreicht.

Die Inhalation von Amylnitrit ist besonders in jenen Fällen angezeigt, in denen es sich hauptsächlich um ein Ödem des Halses und Gesichtes handelt. Das Amylnitrit wirkt fast spezifisch auf die Gefäße der oberen Thoraxhälfte und des Kopfes und bringt das Ödem dieser Partien



promptest zum Verschwinden. Es ist daher von ganz besonderem Werte dort, wo ein Ödem der Zunge, des Pharynx oder der Glottis besteht. Man kann in diesen Fällen mit dem Amylnitrit zweckmäßigerweise auch eine lokale Applikation von Adrenalin verbinden, von dem ich einige Male geradezu glänzende Erfolge gesehen habe.

Ich versuchte auch das Adrenalin in zwei Fällen allein zu geben, doch blieb es ganz ohne Effekt. Beide Male erzeugte es sehr heftige Bauchschmerzen und die Quaddeln blieben stehen. Einmal verabreichte ich es in der anfallsfreien Zeit mit dem Resultate, daß sowohl Bauchschmerzen wieder auftraten und ein heftiger Anfall von Urtikaria auftrat. Offenbar hat die gefäßverengernde Wirkung des Adrenalins bei bestehender Disposition zu Gefäßkontraktion die Quaddeleruption provoziert.

Einer besonderen Behandlung bedarf sehr häufig das so lästige Hautjucken. Zur Beseitigung des Juckreizes habe ich mich mit gutem Erfolge verdünnten Essigs und der Karbolsäure, des Resorzins oder Thymols in Lösungen bedient. Besonders wirksam fand ich eine Lösung von Chloral, Chloroform und Kampher (aa) in (50facher Menge) Alkohol. Vom Menthol und warmen Bädern sah ich keinen Erfolg.

Zum Schlusse muß noch hervorgehoben werden, daß es in allen Fällen Sache des Arztes ist, das der Urtikaria zugrunde liegende Leiden aufzudecken und zu beseitigen.

Die Bedeutung der modernen Syphilisforschung für die Bekämpfung der Syphilis.

In der Berliner Medizinischen Gesellschaft sprach am 26. Februar d. J. J. Citron über dieses Thema.

Wir bringen die hochinteressanten Ausführungen nach der Berl. klin. Woch. Nr. 10, 1908:

Die wichtigsten Ergebnisse der modernen Syphilisforschung sind 1. die Entdeckung der Übertragbarkeit der Syphilis vom Menschen auf das Tier; 2. die Entdeckung der Spirochaete pallida und 3. die Serodiagnostik. Die beiden ersten Entdeckungen, die der Übertragbarkeit der Syphilis auf das Tier und die der Spirochäten sind in verschiedenen Sitzungen dieser Gesellschaft in früherer Zeit schon eingehend gewürdigt worden. Ich werde daher auf diese Fragen nur gelegentlich zurückkommen, wenn ich auf ihre Bedeutung für das Verständnis gewisser Ergebnisse der Serodiagnostik der Syphilis eingehen muß, die den Hauptgegenstand unserer heutigen Erörterung darstellen wird.

Die Serodiagnostik der Syphilis wird zurzeit in verschiedener Form ausgeübt. Man hat alle Methoden, die überhaupt bei Infektionskrankheiten in serodiagnostischer Beziehung Verwendung finden, auch bei der Syphilis versucht. Man hat die Agglutination, die Präzipitation, die Bakteriolyse und schließlich die Bordet-Gengousche Komplementbindungsmethode für die Serodiagnostik der Syphilis zu verwenden gesucht, allein nur die letzte Methode vermochte es zunächst in kurzer Zeit ihre Brauchbarkeit zu serodiagnostischen Zwecken zu erweisen (Wassermann, Neisser, Bruck und Schucht, Citron).

In letzter Zeit endlich sind die Versuche, die Präzipitation, wenngleich in abgeänderter Form, gleichfalls für die Serodiagnostik nutzbar zu machen, mit besserem Erfolg wiederholt worden (Porges und Meier). Da diese Reaktion einfacher und leichter verständlich ist, werde ich, trotzdem sie zeitlich viel später entstanden ist, zunächst mich über sie äußern.

Was wir heute als Präzipitationsmethode der Syphilis bezeichnen, kann streng genommen nicht als Präzipitation gelten. Wir bezeichnen in der Immunitätslehre als Präzipitation denjenigen Vorgang, bei dem eine Eiweißsubstanz durch die Zusammenziehung mit einem Serum, welches von einem Tier stammt, das mit dieser Eiweißsubstanz immunisiert worden ist, eine Niederschlagsbildung gibt. Also um ein Beispiel zu wählen: Wenn Sie klares Rinderserum nehmen und dazu das Serum eines Kaninchens geben, welches mit Rinderserum vorbehandelt ist, bekommen Sie eine Niederschlagsbildung, und diese Niederschlagsbildung nennen wir eine Präzipitation. Es gehören also zwei Substanzen dazu, die in dem Zusammenhang stehen, daß der Antikörper, das Präzipitin, durch die Injektion der anderen Substanz, die wir das Antigen, das Präzipitinogen in diesem Falle, nennen, erzeugt wird. Ein derartiger Vorgang ist bei der Syphilis unbekannt, weil wir den Syphiliserreger, wenn wir ihn selbst in der Spirochaete pallida als bekannt voraussetzen, noch nicht in der Form in Händen haben, wie wir ihn für derartige Versuche brauchen, nämlich

Feuilleton.

Türck und Czermak.*)

Wenn ich das Verlassen des philosophisch-spekulativen Standpunktes und die Einkehr zur naturwissenschaftlichen Methode als das wichtigste Ereignis des vorigen Jahrhunderts im Werdegang der Medizin ansehe, so möchte ich unter den bedeutendsten Errungenschaften, die aus diesem Boden nacheinander hervorgegangen sind, der Erfindung des Augenspiegels, dem Verfahren, Medikamente auf subkutanem Wege dem Organismus einzuverleiben, der Anti- und Asepsis, der Entwicklung der Bakteriologie, der Einführung der Serum- und Organotherapie, letztere beruhend auf der Erkenntnis der inneren Sekretion, und endlich der Radiologie — als eine ebenbürtige Errungenschaft den Kehlkopfspiegel bezeichnen. Es soll nun meine Aufgabe sein, den Platz festzustellen, welchen die aus der Erfindung des Kohlkopfspiegels hervorgegangene, bald zu einem abgerundeten Wissenszweige herangewachsene Laryngologie im Verlaufe der ersten fünfzig Jahre ihres Bestandes unter den übrigen Disziplinen der Medizin gewonnen hat.

Es ist heute über allen Zweifeln erhoben, daß Manuel Garcia der erste war, der nicht nur das innere des Kehlkopfes mit dem Spiegel gesehen, sondern diese seine Beobachtungen auch für die Kunst, die er zuerst als Sänger und dann als ausgezeichneter Lehrer vertrat, in erfolgreichster Weise verwertete. Garcia war in Madrid geboren, machte seine Erfindung als Professor am Konservatorium in Paris und lebte später als gefeierter Lehrer in London! Ich frage, würden wir seine Entdeckung weniger schätzen, wenn er in Paris geboren, in London seine Erfindung gemacht und etwa in Madrid oder auch anderswo gelehrt hätte? Wir würdigen den Lokalpatriotismus voll und ganz, geben auch zu, daß lokale Verhältnisse auf das Leben, Treiben und Schaffen eines Menschen von gewichtigem Einflusse sein können, aber wir zu einem großen Volke der Wissenschaft vereinigten Menschen stehen auf einer höheren Warte, von der aus wir nach allen Seiten Umschau halten und uns freuen, wo immer und unter welchem Volke immer sich ein Mann findet, der uns mit einer großen Idee, mit einer wertvollen Entdeckung beschenkt! Gewiß sind wir nicht weniger dankbar, daß wir durch einen Japaner den Pestbazillus kennen gelernt haben.

Jede Entdeckung wird bald und ganz heute zum Gemeingute aller Menschen, und so sehen wir aus Kunst und Wissenschaft die wahre Einigung der Kulturvölker hervorgehen. Es muß besonders hervorgehoben werden, daß Garcia von dem Werte seiner Versuche nicht nur für den Gesang, sondern auch für die Medizin vollkommen durchdrungen war, ja daß er sogar Ärzte auf die Wichtigkeit der neuen Untersuchungsmethode aufmerksam gemacht hatte. Wenn diese auch merkwürdigerweise auf die Sache nicht eingingen, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, daß Garcia bei fortgesetzten Studien sich nicht nur bei den Physiologen in bezug auf die Wirkung der Muskeln, die Spannungsverhältnisse der Stimmbänder, sondern auch bei den Pathologen, also den Ärzten, in bezug auf krankhafte Stimmstörungen Rat geholt hätte, so daß in dieser Weise doch endlich durch

*) Festrede von Hofrat Prof. Dr. v. Schrötter, gehalten am Vortage seines Todes.



in der Form der Reinkultur. Die Syphilispräzipitation ist ein Vorgang, der darin besteht, daß man gewisse Substanzen, die für die Syphilis in keiner Weise charakteristisch sind, also z. B. eine Lezithinemulsion mit Syphilisserum mischt, und daß dann eine Niederschlagsbildung eintritt. Der Vorgang selbst ist der Präzipitation sehr ähnlich, nur daß die Reaktion sehr langsam verläuft. Man braucht dazu durchschnittlich 29 Stunden, 5 Stunden Brutschranktemperatur, 24 Stunden Eisschranktemperatur. Aber die wichtigste Eigenschaft der Präzipitation, die biologische Spezifität, scheint diesem Vorgang doch nicht in dieser Weise zuzugehören, wie das bei der richtigen Präzipitation der Fall ist.

Ich habe nun in der letzten Sitzung Gelegenheit genommen, einen neuen Befund, der von Klausner publiziert worden ist, zu Ihrer Kenntnis zu bringen. Ich habe Ihnen gezeigt, daß es auch mit destilliertem Wasser gelingt, eine derartige Präzipitation, wenn Sie wollen, zu erzielen, und habe in Übereinstimmung mit Klausner gleich hinzugefügt, daß dieser Vorgang mit der echten Präzipitation wahrscheinlich nichts zu tun hat und ein Ausfällen von Globulinen darstellt. Da nun die Lezithinpräzipitation in gleicher Weise am besten geht, wenn man eine Aufschwemmung des Lezithins in destilliertem Wasser und nicht in Kochsalzlösung nimmt, während dies bei der echten Präzipitation umgekehrt ist, so liegt der Gedanke nahe, daß es sich bei der Lezithinpräzipitation um dasselbe oder ein sehr ähnliches Phänomen handelt wie bei der Wasserreaktion und daß das Lezithin nur durch das ausfallende Globulin mechanisch zu Boden gerissen wird. Wenn aber diese Annahme gerechtfertigt ist, dann gelten alle die Einwendungen, die ich in der vorigen Sitzung in bezug auf die Wasserreaktion gemacht habe, auch für die Lezithinpräzipitation. Diese Dinge sind jedoch noch zu wenig erforscht, als daß heute schon eine endgültige Entscheidung getroffen werden könnte.

Ich verlasse hiemit das Thema, indem ich nur kurz erwähne, daß die Fornetsche Präzipitation, über die ich hier in dieser Gesellschaft schon früher gesprochen habe, sich für die Praxis nicht bewährt hat. Bei der kurzen Zeit, die mir zur Verfügung steht, kann ich auf diese Reaktion nicht nochmals eingehen, glaube aber sagen zu müssen, daß auch hier möglicherweise Globulinausscheidung in Frage kommt, zumal man mit destilliertem Wasser und Syphilitikerserum bei der Überschichtung eine prächtige Ringbildung zuweilen bekommt.

Ich komme nun zur Komplementbindungsmethode. Die Komplementbindungsmethode ist die Methode, die heute noch κατ᾽ ἐξοχήν gemeint ist, wenn man von der Serodiagnostik der Syphilis spricht. Ich will damit nicht ausdrücken, daß sie notgedrungen auch die beste Methode ist, aber sie ist die Methode, die wir am längsten angewandt haben, mit der wir folglich die meisten Erfahrungen haben; alles, was heute über die Serodiagnostik bekannt ist, ist mit Hilfe dieser Methode gewonnen worden.

Unter diesen Umständen müssen wir uns zunächst darüber klar zu werden versuchen, worauf diese Methode beruht und was sie beweist. Die ursprüngliche Annahme war die, daß es sich bei der Komplementbindung um einen streng spezifischen Immunitätsvorgang handelt, um eine Reaktion, die unter der Einwirkung von Antigenen und Antikörpern zustande kommt, das heißt, wenn wir einen Spezialfall wählen, z. B. von Typhusbazillen und Typhusimmunserum oder wenn wir es auf die Syphilis übertragen und die Spirochäten als Erreger anerkennen, von Spirochäten und Spirochätenantikörpern.

(Fortsetzung folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Herr v. Hein im Ruhestande. — Die Interessen unseres Standes und die ärztliche Presse. — Unser Stand und seine Vertretung. — Das Jubiläum der Witwen- und Waisensozietät. — Gewerbehygieniker.

Herr v. Hein, dieser Feind unseres Standes, ist endlich in den Ruhestand getreten, den wir ihm schon längst gewünscht haben; jedenfalls nehmen wir für uns das Verdienst in Anspruch, den Rücktritt dieses unfähigen Bureaukraten möglichst beschleunigt zu haben. Die letzte Tat, die ihm auch seine Stelle kostete, haben wir unter den medizinischen Blättern zuerst nach Gebühr beleuchtet. Es war die ungesetzliche Einführung der Familienangehörigenversicherung auf dem Verordnungswege. Wir hoffen, daß der Minister des Innern, v. Bienerth, mit möglichster Beschleunigung diese Heinsche Verordnung, die auf einer krassen Gesetzesverletzung beruht, seinem Urheber nachsenden wird. Also, adje, Freund Hein.

---

einen mehr erleuchteten Medikus, sozusagen vom Gesange her, der Einbruch der neuen Untersuchungsmethode in das Gebiet der Medizin erfolgt wäre. Nun haben wir aber gar keinen Grund, anzunehmen, daß nicht Ludwig Türck, Primarius am Allgemeinen Krankenhause in Wien, dessen wohlgetroffenes Standbild Sie im ersten Hofe dieses altehrwürdigen Gebäudes sehen, im Jahre 1857 selbständig auf die Idee gekommen ist, den Kehlkopf mit Hilfe eines Spiegels zu untersuchen.

Türck war um diese Zeit bereits durch seine im wahren Sinne des Wortes bahnbrechenden Arbeiten auf dem Gebiete des Nervenzentralorganes, im besonderen des Rückenmarkes, anerkannt und hochgeschätzt. Durch welche Momente Türck auf die Idee gekommen ist, sich des Spiegels zur Untersuchung des Kehlkopfes zu bedienen, wissen wir nicht, wohl aber, daß er im Sommer des Jahres 1857 seine Arbeiten zunächst bei Sonnenbeleuchtung begann und auch in dieser Zeit schon den Physiologen Ludwig und Brücke den Kehlkopf, und zwar in voller Ausdehnung, an einem anderen Menschen demonstriert hatte. Wenn er während des nächsten Winters aus Mangel an Sonnenbeleuchtung die praktischen Untersuchungen aussetzte, so hat er unbedingt vom ersten Frühjahr 1858 an seine Arbeiten nun auch mit der mittlerweile von Czermak eingeführten, von ihm vielfach modifizierten künstlichen Beleuchtung unausgesetzt fortgeführt. Nur so ist es erklärlich, daß er im Juni 1858 eine Abhandlung veröffentlichen konnte, die bereits eine vollständige Laryngoskopie darstellt. Er benützt schon zu dieser Zeit den von ihm angegebenen, genau beschriebenen Spiegel mit bestimmter Winkelstellung zwischen diesem und dem Griffe, ein Umstand, der von prinzipieller Wichtigkeit ist, da man nur mit einem derart gebauten Instrumente jedes beliebige Individuum untersuchen kann. Er gibt die verschiedensten Winke an, wie man sich in einzelnen schwierigen Fällen zu verhalten habe, so daß er unbedingt schon auf ein großes Untersuchungsmaterial bauen muß. Zahllos sind die einzelnen Instrumente, die er im weiteren Verlaufe zunächst für die Untersuchung, dann für die verschiedenen operativen Eingriffe angegeben hat. Besonders anführen muß ich seinen Beleuchtungsspiegel, der in bezug auf optische Grundsätze, Einfachheit, Sicherheit und Verläßlichkeit in der Anwendung trotz der vielfachen Modifikationen, die seither entstanden sind, auch heute noch als der zweckmäßigste Untersuchungsapparat bezeichnet werden muß.

Nachdem Viktor v. Bruns an seinem Bruder die erste sogenannte Polypenoperation vorgenommen hatte, war Türck darauf bedacht, diese sowohl für den Patienten als den Arzt höchst mühsame Operation durch Erfindung einer großen Reihe höchst sinnreicher und das chirurgische Vorgehen sichernder Instrumente, ganz besonders aber durch die lokale Anästhesie zu vereinfachen. Das von ihm angegebene Verfahren ist heute durch die Entdeckung der anästhesierenden Wirkung des Kokains allerdings überholt und vereinfacht, war aber doch gegenüber der früheren Unsicherheit ein enormer Fortschritt und behält auch durch die längere Zeit anhaltende Wirkung immer noch einen gewissen Wert. Unermüdlich wie einst Skoda, zwischen Krankenzimmer und Leichenkammer hin- und herwandernd, immer vergleichend, was er im Leben gesehen, mit dem am Präparate Gefundenen, war Türck bemüht, in stiller Arbeit, aber ausgestattet

Der Nachfolger Heins wird wieder ein Jurist. Es ist dies ein Zeichen der Schwäche unserer Bewegung, daß wir nicht einen Arzt als Nachfolger durchsetzen konnten. Der ärztlichen Bewegung fehlt noch die nötige Stoßkraft, denn sonst wäre — um ein Symptom herauszugreifen — eine Beurteilung des Heinschen Erlasses, wie sie sich ein medizinisches (!) Blatt, die Wiener medizinische Wochenschrift, leistet, einfach unmöglich.

Wir trauten einfach unseren Augen nicht. Sollten wir diesen Verrat unserer brennendsten Interessen der Arroganz oder der Ignoranz zuschreiben? Der Leser urteile selbst. Dieses Blatt schreibt wörtlich in Nr. 19: „Wir halten die Familienversicherung für unbedingt nötig vom sozialhygienischen Standpunkte aus, und können die Entschließung des Ministeriums des Innern nur freudigst begrüßen, verhehlen uns aber nicht, daß sie dem bestehenden Krankenversicherungsgesetze nicht entspricht.“ Aber, liebe medizinische Wochenschrift, warum so zaghaft und verblümt? Schreibe einfach: vom sozialhygienischen Standpunkte aus ist die unentgeltliche Behandlung der gesamten europäischen Bevölkerung notwendig, wenn wir auch vom sozialärztlichen Standpunkte zugeben müssen, daß das einfach den Ruin der Ärzte bedeutet. Hoch die Sozialhygiene, nieder mit den Ärzten. Besonders niedlich ist das Bedauern der „Wr. mediz. Wochenschr.“, daß diesem Attentat auf unsere vitalsten Interessen der klare Wortlaut des Gesetzes entgegensteht. Wer schützt die Ärzte vor solchen medizinischen Blättern?!

Wir können bei dieser Gelegenheit nicht umhin, über die Schwerfälligkeit des ganzen sozialärztlichen Apparates Klage zu erheben.

Wir waren bereits am 4. Mai in der Lage, den genauen Wortlaut des Heinschen Erlasses zu bringen. Nach und nach kamen die anderen medizinischen Blätter nachgehinkt, natürlich ohne unser Verdienst in dieser Angelegenheit anzuerkennen. Doch darüber kein Wort mehr. Aber wo bleiben die Ärztekammern, wo bleiben die ärztlichen Bezirksvereine, wo bleibt die sozialärztliche Organisation, wo bleibt eine Kundgebung der Ärztegruppe im Parlament!? Fürwahr, wenn wir unsere triste Lage bedauern, so müssen wir ehrlich gestehen: Ein Großteil der Schuld, daß es soweit kommen konnte, liegt an uns und an unseren Vertretern. Kein Stand hat so wenig Standesbewußtsein und eine so lammsgeduldige Vertretung.

Anläßlich des 150jährigen Bestandes veranstaltele die „Witwen- und Weisensozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums“ am 6. Mai im großen Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte eine Feier, die unter sehr zahlreicher Beteiligung von Ärzten einen schönen Verlauf nahm. Das Bildnis Gerhard van Swietens, des Leibarztes und Paladins der Kaiserin Maria Theresia, zierte die Einladungen und Programme und rief die Erinnerungen an jenen großen Organisator wach, welcher am 8. Juni 1758 die Almosen spendende „Wittibkassa der Wiener medizinischen Fakultät“ in eine auf versicherungstechnischer Basis ruhende Sozietät umgewandelt hatte. Das Vermögen der Sozietät betrug am Ende des Jahres 1857 K 1.522.028, derzeit ist es auf K 6,261.180 gestiegen; die ausbezahlten Pensionen sind von K 194.731 im Quinquennium 1858 bis 1862 auf K 1,353.984 im Zeitraume 1903 bis 1907 angewachsen.

Aus den Beratungen in der Budgetkommission sind die Resolutionen betreffs der Gewerbeinspektion hervorzuheben:

Abg. Dr. Adler beantragt folgende Resolutionen: 1. Die Regierung wird aufgefordert, die absolut und relativ unzulänglich gewordene Einrichtung der Gewerbeinspektion durch sofortige Zuweisung der nötigen Mittel in den Stand zu setzen, wenigstens ihren dringendsten und primitivsten Aufgaben zu genügen. Als erster Schritt zu diesem Ziel ist notwendig, daß erstens die Zahl der Aufsichtsbeamten im Laufe dieses und des nächsten Budgetjahres mindestens verdoppelt werde, um die Inspektionsbezirke entsprechend vermehren zu können, zweitens daß den Inspektionen das notwendigste Kanzleihilfspersonal und die nötigsten Kanzleierfordernisse beigestellt werden. Die Regierung wird darum aufgefordert, zu diesem Zwecke für das Budgetjahr 1909 die Kosten des Gewerbeinspektionsdienstes auf K 1.500.000 zu erhöhen, zugleich aber für das laufende Budgetjahr einen Betrag bis zur Höhe von K 700.000 zur Verfügung zu stellen und durch sofortiges Eingreifen und provisorische Ernennungen die notwendigste Ausgestaltung des Inspektionsdienstes vor-

---

mit dem Scharfsinne des erfindenden Gelehrten und gestützt auf eine große allgemeine medizinische Bildung und auf das riesige Material des Allgemeinen Krankenhauses, Beobachtung an Beobachtung zu reihen und endlich seine Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre herauszugeben.

Johann Czermak war zur Zeit der Erfindung des Laryngoskops bereits ein berühmter, aus der Schule Purkinjes hervorgegangener Physiologe. Durch die Verhältnisse im elterlichen Hause wie durch seinen ganzen weiteren Lebenslauf war er zu einem weltgewandten Manne geworden. Seine Geschicklichkeit im Experimentieren trat schon frühzeitig hervor, ebenso ein ausgesprochenes Redner- und Lehrtalent. Auch in seinem späteren Leben blieb das Experimentieren, Demonstrieren und Dozieren seine Hauptfreude; als Beweis hiefür sehen wir, wie er in Leipzig mit vollster Hingebung an diese Betätigung in dem von ihm aus eigenen Mitteln erbauten Laboratorium einen mit allen Hilfsmitteln ausgestatteten Hörsaal errichtete, in dem sich auch der erste Projektionsapparat, und zwar nicht nur für die Vorführung von Bildern, sondern auch der Lebensvorgänge am Tiere befand. Wenn auch überwiegend Theoretiker, so zeigte er doch Sinn für praktische Medizin, wofür unter anderem die Angabe eines auf physiologischen Prinzipien beruhenden Apparates zur Vornahme der Paracentesis pectoris spricht, der allerdings schon seinen Vorgänger in England gefunden hatte. Im Jahre 1857 gab Czermak seine Professur in Krakau auf und trieb bei seinem Aufenthalte in Wien in den Laboratorien von Brücke und Ludwig hauptsächlich Studien über die Bildung der Stimme und Sprache.

Da war es wohl natürlich, daß es ihn lebhaft interessieren mußte, als er durch Ludwig von den Versuchen Türcks, den Kehlkopf mittels eines Spiegels zu untersuchen, hörte. Nachdem er sich von Türck dessen Spiegel ausgeliehen hatte, warf er sich mit allem Eifer auf die neue Untersuchungsmethode, mit Rücksicht auf seine sprachlichen Studien zunächst durch längere Zeit an sich selbst experimentierend. Nicht genug kann sein Verdienst hervorgehoben werden, die künstliche Beleuchtung eingeführt und so die Untersuchung vom Sonnenlichte unabhängig gemacht, überhaupt die größte Mühe auf die Beleuchtung verwendet zu haben.

Er bediente sich zunächst eines Apparates nach Muster des Rueteschen Augenspiegels, der sich vortrefflich zur Autolaryngoskopie eignet, in welcher Czermak sich auch sehr bald eine große Vollkommenheit erwarb. Später benützte er in verschiedener Art abgeänderte Vorrichtungen, um den Reflektor in einfacherer Weise und gleichzeitig so anbringen zu können, daß die beiden Hände für bestimmte Eingriffe frei wurden. Denn es war ein weiteres Verdienst von Czermak, daß er sehr bald einsah, wie der Spiegel nicht nur als Untersuchungsmittel, sondern auch zum Zwecke therapeutischer Eingriffe verwendbar sein werde. Es ist übrigens nicht zu wundern, daß auch Czermak bei seinen Untersuchungen mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen hatte; er sah anfangs nur den hinteren Abschnitt des Kehlkopfes, meinte, daß nicht jeder Arzt werde sehen können, daß die allgemeine Narkose zur Untersuchung nötig sein könnte u. dgl.

(Fortsetzung folgt.)



zunehmen. 2. Die Regierung wird aufgefordert, die Gewerbeinspektion durch Anstellung von hygienisch gebildeten Ärzten auszugestalten, die zumindest am Sitze jedes Oberinspektorates als Spezialfachorgane zu verwenden sein werden, und durch Bestellung von fachkundigen Arbeitern zunächst als Assistenten in jedem Inspektionsbezirke und durch Anstellung einer genügenden Zahl von weiblichem Aufsichtspersonal.

Handelsminister Dr. Fiedler erklärt, daß auch das Handelsministerium die Notwendigkeit des Ausbaues der Gewerbeinspektion eingesehen habe. Hiezu wäre eine entsprechende Vermehrung der Aufsichtsbezirke in den einzelnen Kronländern, eine Vermehrung des Personals bei den einzelnen Gewerbeinspektoraten, die Beistellung von Spezialgewerbeinspektoren, insbesondere eines Gewerbehygienikers, die Vermehrung der weiblichen Inspektionskräfte, die Schaffung besonderer ambulanter Gewerbeinspektoren und die methodische Einführung des Nachwuchses in alle theoretischen und praktischen Zweige des Dienstes durch besondere Kurse und Prüfungen, endlich die Beistellung von Schreibkräften an allen Inspektoraten erforderlich. Der Minister stehe den in der Resolution des Abg. Dr. Adler gegebenen Anregungen, insbesondere auf Heranziehung von geeigneten Persönlichkeiten für das Gewerbeinspektorat, sympathisch gegenüber. Es seien mit dem Finanzministerium bereits Verhandlungen eingeleitet worden, um für das nächste Jahr für die Zwecke des Gewerbeinspektionsdienstes reichlichere Mittel zur Verfügung zu bekommen.

Die Resolutionen wurden zum Beschluß erhoben.

Bezüglich der freiwilligen Rettungsgesellschaft scheinen wir in ein Wespennest gegriffen zu haben. Es sind uns eine große Anzahl von Zuschriften zugekommen, so daß wir uns einmal im Rahmen eines eigenen Artikels mit den Zuständen daselbst befassen müssen.

Der 25. Kongreß für innere Medizin.

Wien, 6. bis 9. April.

(Schluß.)

In den Demonstrationsvorträgen der Donnerstag-Nachmittagssitzung konnte man sich von der Höhe der wissenschaftlich-medizinischen Technik überzeugen.

Roos, Freiburg, ist die photographische Darstellung der Herztöne gelungen. Durch eine überaus geistreiche Anordnung des Versuches werden die durch die Klappenspannungen erzeugten Schallwellen auf einen Apparat übertragen, der in eine Azetylenflamme ausmündet. Die Bewegungen dieser Flamme markieren sich dann auf einer rotierenden Trommel und geben somit ein Bild der von den Herzklappen herrührenden Töne. Als die Ergänzung zu diesen Leistungen muß die von Weiß, Wien, herrührende Rückübertragung der durch einen Apparat hervorgebrachten Tonbilder, in des Wortes physikalischer Bedeutung, auf unser Gehörorgan betrachtet werden. Wir haben es hier mit einer Art von Phonogramm zu tun, das uns die aufgeschriebenen Herztöne wieder in ihren mechanischen Eigenheiten veranschaulicht, das heißt in ihrer ursprünglichen Tonhöhe und Tonreinheit vernehmbar macht. Durch dieses Phonogramm wird erst eine brauchbare Kontrolle für die Zuverlässigkeit des die Herztonkurven registrierenden Apparates ermöglicht. Man wird auf diese Weise zur Aufstellung von medizinischen Archiven für Herzklappenfehler gelangen, wie man heutzutage anatomische und pathologische Präparate in Museen aufbewahrt.

In der Vormittagsschlußsitzung wurde die Aufarbeitung der verschiedenen Tagesordnungsreste durchgeführt. So berichtete Siegel, Reichenhall, über seine an Hunden angestellten Versuche zur Erzeugung von Erkältungsnephritis.

Er konnte sowohl durch Durchnässung vom Rücken aus als auch der Hinterbeine von Hunden bis zu den Knien stets eine echte akute parenchymatöse Nephritis in einzelnen Fällen mit Aszites und Ödem erzeugen. Siegel erklärt das Zustandekommen der Erkältungsnephritis durch eine Ischämie der Niere infolge der mit der Kontraktion der Hautgefäße isochron eintretenden Kontraktion der Nierengefäße. Er suchte die Richtigkeit dieser Annahme dadurch zu beweisen, daß er einen Hund wie den andern abkühlte, aber jedesmal im Gegensatz zu den anderen Versuchen durch Abtrocknen und Frottieren der nassen Füße, durch Einatmen von Amylnitrit während des Versuchs und anschließender Frottierung sofort eine aktive Erweiterung der Haut- und damit auch der Nierengefäße setzte. Jedesmal blieb hier die Nephritis aus, trat aber schließlich ein, als dasselbe Tier nach dem dritten Versuch ohne Applikation gefäßerweiternder Mittel unabgetrocknet in den Käfig zurückgebracht wurde. Nur traten hier, weil sich das Tier bis zu einem gewissen Grade an die Einwirkung einer bestimmten Temperatur gewöhnt habe, die nephritischen Erscheinungen etwas später und weniger intensiv auf. Die Versuche sind in dem klinischen Laboratorium angestellt worden. Daß Erkältungsnephritiden beim Menschen verhältnismäßig nicht zu häufig sind, hat nach der Ansicht des Vortragenden darin seinen Grund, daß die feuchtgewordenen Füße rechtzeitig abgetrocknet zu werden pflegen.

Grube, Neuenahr, gab in seinem Vortrage über Zuckerbildung im Tierkörper der Vermutung Ausdruck, daß aus Fetten im synthetischen Wege Zucker gebildet werden könne. Miszkowski, Greifswald, bezweifelt das.

Pfeiffer, Wiesbaden, sprach über einen rätselhaften Symptomenkomplex, den er „Drüsenfieber" nennt. Die Erkrankung geht mit Schwellung der Nackendrüsen der Leber einher, nach wenigen Tagen sind die Symptome verschwunden. Eine Allgemeinschwäche bleibt einige Zeit zurück.

Fleischels, Heidelberg, Mitteilungen über Tierversuche zur Erzeugung von Leberzirrhose erregten ein lebhaftes Interesse. Durch Ausschaltung der Leberverbindung mit dem Darm einerseits, Beseitigung des Galleneintritts in die Blutbahn andererseits sowie durch Vergiftung mit Alkohol und Phosphor gelang es ihm, die genannte pathologische Veränderung des Lebergewebes herbeizuführen.

Morawitz berichtete über seine Untersuchungen an einem hereditären Bluter. Er sowohl wie sein Mitarbeiter Lossen sind der Meinung, daß die Bluterkrankheit auf der verminderten Blutgerinnungsfähigkeit beruhe. Das Zellprotoplasma des Blutes, wahrscheinlich des Gesamtprotoplasmas scheint ein minderwertiges zu sein.

Auf Grund der neuzeitlichen physiologischen Forschungsergebnisse glaubt Schwenckenburger, Marburg, sich für berechtigt zu halten, den althergebrachten Begriff der Perspiratio insensibilis endgültig aufzugeben. Er ist durchaus hinfällig geworden. Man mag ihn durch unmerklichen Körperverlust ersetzen. Der Vortragende beleuchtet kritisch die Beziehungen zwischen Wasserverdunstung auf der Haut, Schweißabsonderung und Wärmeregulierung.

Pauli, Wien, trat für die kolloide Natur der Immunkörper ein.

Kornfeld, Wien, warnte dringend auf Grund seiner Erfahrung und seiner Statistiken vor Operationen bei Nierentuberkulose. Die Operation ist seiner Überzeugung zufolge nicht lebenverlängernd, sondern entschieden lebenverkürzend.

Über Bence-Jonessche Albuminurie sprach Alfred von Decastello, Wien.

D. berichtet über das Vorkommen der „Bence-Jonesschen Albuminurie" bei lymphatischer Leukämie auf Grund von zwei eigenen Beobachtungen, sowie über Beziehungen zwischen dem Zustand der Nieren und der Bence-Jonesschen Albuminurie.

Über die Resorption von Salzgemischen im Darme sprach R. Kolb, Marienbad.

Ausgehend von den Lösungen bestimmter Salze bestätigt der Vortragende die von früheren Autoren gefundene Tatsache, daß bei den verschiedenen Jonen sich die Resorptionsgeschwindigkeit so wie die Diffusionsgeschwindigkeit ver-



hält, daß die höher gelegenen Darmschlingen schlechter resorbieren, als die dem Dickdarme benachbarten. Darauf folgte die Untersuchung der Lösungen von Salzgemischen, ob aus ihnen die einzelnen Salze so vom Dünndarm aufgenommen würden, als wenn jedes einzelne für sich allein vorhanden wäre oder ob eine gegenseitige Beeinflussung der schwer und leicht resorbierbaren Salze stattfinde. Es zeigte sich, daß eine erhebliche Resorptionsverminderung auch der in einfachen Lösungen leicht resorbierbaren Salze, z. B. des Kochsalzes, eintritt. Die praktische Nutzanwendung der Versuche liegt in dem Schlusse, den man für die Abführwirkung solcher Lösungen ziehen kann.

Für den nächstjährigen in Wiesbaden abzuhaltenden Kongreß hat Professor Levy-Dorn, Berlin, das Thema vorgeschlagen: „Der Mineralstoffwechsel in der Pathologie“. Professor L. Brauer, Marburg, beantragt, auf die nächste Tagesordnung zu setzen: „Statik und Dynamik der Thorax und deren Bedeutung für die Physiologie und die Pathologie der Lungen“ und Ploenies, Dresden, „Die Beziehungen der Magenkrankheiten, besonders der Magenläsionen zum Zirkulationsapparate“. Y.

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Herr Professor Dr. Axel Johannessen (Christiania) hat die in Norwegen und Schweden mit den Schulärzten gewonnenen Erfahrungen in einem Berichte niedergelegt, dem wir folgendes entnehmen:

Die für Norwegen eigentümliche Institution, die Gesundheitskommission der Gemeinden — eine Institution, worin Ärzte immer die Vorsitzenden sind, haben eine nicht geringe Bedeutung für die Entwicklung der Schulhygiene in dem Lande gehabt.

Durch das Gesetz vom 16. Mai 1860 haben sie Einfluß auf den Bau der Schulgebäude und auf das Material und die Einrichtungen der Schule ausüben können, ebenso wie die in der Schule vorkommenden ansteckenden Krankheiten ihnen gemeldet werden müssen. Seit dem Jahre 1885 ist auch ein Arzt als Ratgeber des Unterrichtsdepartements in allen Fragen der Hygiene der höheren Schulen angestellt.

In dem städtischen Volksschulgesetz vom 26. Juni 1889 wurde bestimmt, daß die Oberleitung jeder Schule, wenn das Geld dazu bewilligt wird, einen Arzt annehmen kann, der den Gesundheitszustand der Schuljugend zu überwachen hat.

Durch das Gesetz vom 27. Juli 1897 wurde es jeder der höheren öffentlichen Schulen obligatorisch aufgelegt, einen Schularzt anzustellen. In den folgenden Jahren sind nun Schulärzte an den öffentlichen und privaten höheren Schulen wie auch an den Volksschulen aller größeren und mehrerer kleinerer Städte angestellt. Die Vorschriften für die Schulärzte sind von der Wiesbadener Schularztinstruktion beeinflußt. Die Schulärzte behandeln gewöhnlich nicht die kranken Kinder, aber untersuchen die Schüler, die ihnen vorgeführt werden und sehen zu, daß die hygienischen Bestimmungen, die für die Schule gelten, aufrecht gehalten werden.

Für die Lehrer ist der Schularzt, heißt es, ein zuverlässiger und stets bereitwilliger Ratgeber auf Gebieten, wo die Lehrer ohne Erfahrung und Kenntnisse sind; für die Eltern ist es ein Sicherheitsgefühl, zu wissen, daß er da ist, um alle die Fragen über das Gesundheitsverhalten der Kinder zu beantworten; für die Kinder ist er oft ein Beschützer gegen Mißhandlung und Vernachlässigung von der Seite der Eltern oder Pflegeeltern, indem er in solchen Fällen die Vormundschaft oder die Aufsichtskommission zum Einschreiten veranlaßt. Und dadurch, daß er die Kinder mit Sprachfehlern oder Fehlern in den Sinnesorganen zu spezialistischer Behandlung überweist, hat er oft großen Nutzen getan.

Die Mängel der Institution, so wie sie bei uns hervortreten, machen sich in verschiedenen Beziehungen merkbar.

Der wesentlichste scheint derjenige zu sein, daß die Institution nicht fest organisiert ist und keine Zentralleitung hat. Daraus folgt nämlich, daß die Beurteilung und Behandlung der konkreten Fälle oft eine sehr ungleiche wird. Ebenso hängt damit zusammen, daß der Einfluß der Schulärzte auf die Hygiene der Schulen, auf die schulhygienischen Einrichtungen, auf die Stundenpläne usw. oft eine sehr geringe ist.

In der Stadt Bergen hat man deshalb die Schulärzte zu einer schulhygienischen Kommission vereinigt, die als eine hygienische Oberleitung der Volksschule aufzufassen ist.

Ein anderer Mangel, worüber vielfach geklagt wird, ist derjenige, daß die Schulärzte nicht zugleich Armenärzte sind, wodurch sie eine ganz andere Kenntnis der Verhältnisse der Schüler haben würden. In der Stadt Drontheim hat man nun auch diese zwei Stellungen vereinigt und hat sehr gute Resultate von dieser Kombination beobachtet.

Von mehreren Seiten wird es überhaupt als ein Mangel hervorgehoben, daß der Schularzt nicht zugleich die kranken Kinder behandeln darf; aber in dieser Beziehung sind doch die Ansichten der Schulärzte selbst ziemlich divergierend.

In bezug auf den Nutzen der Institution für die höheren Schulen, wo ihre Bedeutung im Anfang als sehr gering geschätzt wurde, liegen von mehreren hochangesehenen Rektoren Äußerungen vor, die alle den großen Nutzen der Institutionen hervorheben, die sie als einen bedeutenden Fortschritt auffassen — eine Auffassung, die als eine unter Schulleuten sehr verbreitete erwähnt wird.

Von schulärztlicher Seite wird in dieser Beziehung auf den großen Einfluß, den die Institution auf die physische Erziehung der Kinder, auf die Gymnastikfrage und auf die Hygiene des Unterrichtes ausüben kann und auch ausübt, aufmerksam gemacht.

Von Finnland liegen keine Gesetze oder allgemeine Bestimmungen über die Schularztinstitution vor. Die Institution ist nicht an den Staatsschulen, wohl aber an zahlreichen privaten und kommunalen Schulen eingeführt. Gewöhnlich arrangieren die Schulen sich mit dem Arzte, wie sie es am besten finden. Instruktionen sind nur für die Schulärzte einiger Städte, wie zum Beispiel Helsingfors und Tammerfors ausgefertigt. Von nicht geringem Interesse ist die in den Instruktionen einiger Schulen enthaltene Bestimmung, daß der Schularzt verpflichtet ist, in der Hygiene — besonders in der sexuellen Hygiene — zu unterrichten.

Wie auf so vielen Gebieten der Schule, nimmt Schweden auch in bezug auf die Schularztinstitution eine hervorragende Stellung ein.

Schon in den Jahren 1830 bis 1840 scheint es, als ob Schulärzte an einigen höheren Schulen angestellt gewesen sind. Im Jahre 1863 wurden an den Elementarschulen Schulärzte angestellt und im Jahre 1878 wurde bestimmt, daß die Schulärzte arme, kranke Kinder behandeln sollten. Augenblicklich sind Schulärzte in einer großen Anzahl Schulen — sowohl höheren allgemeinen Schulen wie Seminarien, Mädchenschulen, technischen Elementarschulen und privaten Schulen — angestellt. Auch an zehn Volksschulen ist die Institution eingeführt. Die ersten, mehr allgemeinen Vorschriften sind in dem Schulgesetz vom 16. Dezember 1902 gegeben, aber durch eine königliche Resolution vom 18. Februar 1905 in vielen Richtungen geändert. Von diesen Bestimmungen soll hier erwähnt werden, daß der Schularzt berechtigt ist, an den Verhandlungen des Schulkollegiums über schulhygienische Fragen teilzunehmen, und daß ein wissenschaftlich ausgebildeter Hygieniker der Oberleitung der höheren allgemeinen Schulen zuzuordnen sei. Die durch diese neuen Bestimmungen geregelte Institution scheint sehr gut und zu allgemeiner Zufriedenheit der Schüler, der Lehrer und der Ärzte zu funktionieren. Von seiten mehrerer Schulärzte wird jedoch darüber geklagt, daß die ganze Institution nicht einer Zentralverwaltung unterstellt ist.

(Forts. folgt.)



Mykodermin, ein Bierhefe-Präparat.

Von **Dr. Emil Schmid,** prakt. Arzt in Wien.

Die Bierhefe wurde Jahrzehnte hindurch, bevor sie ärztlicherseits therapeutische Beachtung fand, im Volke zu mannigfachen Heilzwecken angewendet und als sich die wissenschaftliche Medizin mit der Hefe-Therapie zu befassen begann, krankte dieselbe an der mangelhaften Haltbarkeit des Präparates; auch war die Beschaffung frischer und wirkungsfähiger Bierhefe oft unmöglich.

Darum wurde es in der gesamten Ärzteschaft mit Freude begrüßt und fand allgemeine Anerkennung, daß es der chemischen Fabrik der Herren I. Blaes & Co. in Lindau, Bayern, nach langwierigen Versuchen gelungen ist, die Bierhefe in rationeller Weise der modernen Therapie nutzbar zu machen, und aus derselben ein wirklich brauchbares Hefepräparat — namens Mykodermin — herzustellen, das, abgesehen von seiner Heilwirksamkeit den großen Vorteil hat, daß es im Gegensatz zu der frischen Bierhefe — die sich erfahrungsgemäß kaum 48 Stunden wirksam erhält — ein Dauerpräparat darstellt; trotz der zur Herstellung des Präparates notwendigen Prozeduren besitzt es die größte chemische Aktivität, weil es nur in kaltem Luftstrom getrocknet wurde, wodurch die Hefezellen intakt erhalten blieben. Mykodermin ist ein gelblich weißes Pulver von nicht unangenehmem Geschmacke und etwas nach Hefe riechend; es wird in Bier oder Wasser gelöst, kaffeelöffelweise eingenommen und findet bei Furunkulose, Akne, Urtikaria und ähnlichen Hauterkrankungen, auch bei Anthrax, ferner bei Gastroenteritis im Kindesalter und bei habitueller Obstipation mit bestem Erfolge Verwendung.

Seine therapeutische Wirksamkeit dürfte — nach den Ausführungen des Prof. Luigi Maramaldi — dem in diesem Präparate enthaltenen Saccharomyces cerevisiae zuzuschreiben sein; dieser Bierhefepilz besitzt eine außerordentliche Vermehrungsfähigkeit, demzufolge er sich im Verdauungskanal rasch und reichlich weiter entwickelt und eine enorme Anzahl von Hefezellen produziert und dadurch eine große Menge von Nukleinen in den Blutkreislauf einführt.

Unter dem Einfluß dieser Nukleine wird einerseits eine Neubildung der Gewebselemente angeregt und eine Steigerung ihrer Lebens- und Leistungsfähigkeit, sowie eine Vermehrung der Leukozyten und konsekutive Steigerung der Phagozytose, was zur Bildung von Antitoxinen im Körper Veranlassung gibt und andererseits macht sich auch infolge ihres wichtigsten Bestandteiles — der Nukleinsäure —, die bekanntlich besondere antiseptische Eigenschaften aufweist, der hervorragend bakterielle Einfluß der Nukleine geltend.

Die Heilerfolge bei der internen Behandlung genannter Krankheiten mit Mykodermin werden erst verständlich, wenn man berücksichtigt, daß es sich bei vielen Hauterkrankungen um Autointoxikationen und konsekutive Autoinfektionen handelt. Nach den diesbezüglichen theoretischen Betrachtungen Gauchers gelangen nämlich infolge ungenügender Ernährung oder oft auch infolge bestehender Disposition die nicht assimilierbaren Eiweißkörper, anstatt sich bis zu ihrem normalen Endprodukte, dem Harnstoff, zu spalten, der bekanntlich leicht löslich und nicht giftig ist und durch die Nieren ausgeschieden wird, bereits als Harnsäure, Leuzin, Tirosin, Kreatin, Kreatinin usw., die bekanntlich schwer löslich und toxisch sind — infolge ungenügender Ausscheidung im Körper zur Anhäufung und enthalten ihre schädliche Wirkung. Ebenso spielen bei vielen Hautleiden die Auto-Intoxikationen und Autoinfektionen vom Verdauungskanal aus eine große Rolle, weshalb Mykodermin infolge seiner eminenten antiseptischen Wirksamkeit auch in derartigen Fällen mit bestem Erfolge verwendet werden kann.

Zufolge seiner bakteriziden Wirkungsweise leistet dieses Präparat auch bei Gastroenteritiden, speziell bei den Sommer-Diarrhöen der Kinder, vorzügliche Dienste und infolge seiner stuhlbefördernden Eigenschaften bildet es auch bei habitueller Obstipation ein leichtes, keine Beschwerden verursachendes Purgans, was auf die in der Bierhefe enthaltenen Fette und Fettsäuren zurückzuführen ist.

Drei Fälle von Acne vulgaris wurden von mir nur mittels Mykodermin zur Heilung gebracht; ich verordnete täglich dreimal je ein Kaffeelöffel des Präparates, wobei sich auch die leichte purgierende Wirkung desselben angenehm bemerkbar machte, zumal ich bei allen diesen Fällen anamnestisch eine vorhandene Stuhlträgheit konstatieren konnte; die bereits Eiterung zeigenden Aknepusteln wurden skarifiziert, jedoch keinerlei lokale Mittel angewendet.

Bereits nach achttägiger Mykoderminmedikation konnte man eine deutliche Rückbildung der vorhanden gewesenen Akneknötchen konstatieren und nur wenige derselben zeigten eine eiterige Einschmelzung; nach weiteren acht Tagen waren die Akne-Effloreszenzen abgeblaßt und ragten kaum mehr über das Hautniveau vor. Seither waren keinerlei Akne-Eruptionen zu beobachten und konnte ich nach dreiwöchentlicher Behandlung die Patienten aus der Behandlung entlassen.

Bei habitueller Opstipation zeigte die Mykodermintherapie in mehreren Fällen wirklich schöne Erfolge; ich ließ durch drei Tage hindurch täglich drei Eßlöffel des Präparates vor den Mahlzeiten verabreichen und in der Folge dreimal wöchentlich je ein Eßlöffel durch vier Wochen hindurch; seither war der Stuhlgang ein regelmäßiger, der Stuhl von breiiger Konsistenz.

Auch bei Furunkulosis erzielte ich in einigen Fällen sehr gute Resultate; die Infiltrate verschwanden bereits nach 2—3wöchentlicher Mykoderminverordnung (täglich 3 Kaffeelöffel), ohne daß ein operativer Eingriff nötig gewesen wäre; während vor der Medikation dieses Präparates sich stets neue Furunkel bildeten, haben sich seither — d. i. seit zwei Monaten — keinerlei Furunkelneubildungen mehr gezeigt.

Bei einem Fall von medikamentöser Urtikaria trat bereits nach dreitägiger interner Einverleibung von 3 Kaffeelöffel Mykodermin pro die vollkommenes Verschwinden der Eruptionen und des damit verbundenen Juckreizes ein.

Sowohl die von mir beobachteten wenigen Fälle, als auch die in der diesbezüglichen Literatur von Dr. Schweitzer, Dr. Ganz, Dr. Dumont, Dr. Winnenberger, Dr. Weiss, Professor Dr. Ehrmann und Professor Dr. Luigi Maramaldi besprochenen Krankheitsfälle geben wohl das schönste Zeugnis für die eminente therapeutische Wirkung von Mykodermin, und kann ich dieses Präparat in Fällen, wenn das Entstehungsmoment in Autointoxikationen und Autoinfektionen zu suchen ist, sowie bei habitueller Obstipation allen Kollegen nur wärmstens empfehlen.

II. Literaturauszüge.

Diagnose und Therapie der akuten Cholezystitis. Von Dr. Ludwig Arnsperger, Privatdozent.

Die Diagnose und Therapie der akuten Cholezystitis läßt sich in drei Fragestellungen fassen:

1. Handelt es sich überhaupt um Cholezystitis?

2. Wenn dies feststeht, sollen wir intern oder chirurgisch behandeln?

3. Wenn wir uns zum chirurgischen Eingriff entschließen, welche Form der Operation, Zystostomie oder Zystektomie sollen wir wählen?

Die Diagnose der akuten Cholezystitis kann manchmal sehr leicht, manchmal ganz enorm schwierig, ja fast unmöglich sein.

Im Anfange der Erkrankung ist sie meist sehr leicht, besonders, wenn es sich um erste Anfälle handelt, die häufig besonders schwer verlaufen. Man fühlt deutlich die birnförmige, vergrößerte, prall gespannte, schmerzhafte Gallenblase durch die anfangs weichen Bauchdecken hindurch. Häufig tritt galliges Erbrechen auf. In der Regel besteht dabei ein schwerer Krankheitszustand, rascher kleiner Puls, manchmal hohes Fieber.

Mit jedem Tage wird nun die Diagnose schwieriger; die Symptome verwischen sich. Der Prozeß greift auf das Peritoneum über, es entsteht Meteorismus, Stuhlverhaltung; es



bilden sich pericholezystitisches Exsudat oder Adhäsionen, die Spannung der Bauchdecken wird stark und die Schmerzhaftigkeit nimmt die ganze rechte Leibseite ein. Dann kann die Diagnose fast unmöglich werden.

Meist wurde die Erkrankung für eine akute Appendizitis gehalten. Der Schaden ist dabei ja eigentlich nicht groß; denn die Ärzte weisen eine mit so stürmischen Symptomen einhergehende „Appendizitis“ so wie so meistens möglichst rasch dem Chirurgen zu.

Als differentialdiagnostische Merkmale kommen ganz besonders die genaue Lokalisation der größten Bauchmuskelspannung und Schmerzhaftigkeit mehr in der rechten Oberbauchgegend in Betracht, dann auch der Nachweis des Zusammenhanges der Resistenz oder Dämpfung mit der Leber, und in dieser Beziehung war uns die sichere Feststellung einer schmerzfreien, eventuell tympanitischen Zone zwischen Resistenz und Poupartschem Bande, wie man sie bei Appendizitis fast nie findet, von Wichtigkeit. Allerdings sahen wir auch Fälle, wo die entzündete Gallenblase und der rechte Leberlappen bis in die rechte Fossa iliaca reichten.

Weiter kann die akute Cholezystitis mit Nierenkoliken, Ulcus ventriculi oder duodeni verwechselt werden. Auf alle diese Differentialdiagnosen einzugehen, würde zu weit führen. Czerny hat zwei Fälle von Cholecystitis gangraenosa beschrieben, die unter dem Bilde des Ileus verliefen.

Entwickelt sich die Krankheit weiter, so kann Ikterus auftreten, der im Anfang der akuten Cholezystitis stets fehlt. Es kommt zu einer Infektion der Gallengänge bis in die Leber, zu Sepsis mit Milztumor, Delirien, Schüttelfrösten und hohem Fieber, und in diesem Zustande sind dann die Kranken meist unrettbar verloren.

Ist nun bei einem Fall die Diagnose akute Cholezystitis sichergestellt, so fragen wir weiter, sollen wir intern oder chirurgisch behandeln. Die Heidelberger Klinik steht hier noch weniger wie bei der akuten Appendizitis auf dem Standpunkte der unbedingten Frühoperation. Wir halten auch hier die Operation im entzündungsfreien Intervall für die schonendste. Dazu kommt noch, daß wir derartige akute schwere Cholezystitiden, wie oben geschildert, besonders häufig als erste Anfälle sehen.

Der akute schwere Anfall ist daher zunächst intern zu behandeln, mit Bettruhe und warmen Umschlägen. Meist tritt daraufhin rasch Erleichterung ein, im manchen Fällen bedarf es allerdings auch noch einer oder mehrerer Morphiumeinspritzungen. Indessen sollte man auch hier, wie bei allen entzündlichen Vorgängen im Abdomen, mit der Verabreichung größerer Mengen von Morphium oder Opium vorsichtig sein, da sie manchmal das Krankheitsbild verschleiern und über die Schwere des Prozesses täuschen können. Bei einzelnen Patienten sehen wir von dem Gebrauche einer Eisblase größeren Erfolg, besonders dann, wenn das Peritoneum parietale lokal schon in Mitleidenschaft gezogen ist. Die stets im akuten Anfall vorhandene Obstipation kann durch vorsichtige Einläufe mit Kamillen oder Öl bekämpft werden; die Gabe von Abführmitteln per os ist wie bei der Appendizitis dringend zu widerraten. Da meist starker Brechreiz oder Erbrechen besteht, darf natürlich nur flüssige Diät gegeben werden, nötigenfalls ist für die Dauer des Anfalles jede Nahrungsaufnahme per os zu vermeiden und der Durst durch Darreichung von Eisstückchen oder durch Kochsalzklystiere und subkutane Kochsalzinfusionen zu bekämpfen.

In der Regel geht unter dieser Behandlung die akute Cholezystitis rasch zurück. In einzelnen Fällen aber schreitet der Prozeß weiter und bedroht das Leben des Kranken. Hier muß chirurgische Hilfe einsetzen, ehe es zu spät ist.

Für die Operation im akuten Stadium der Cholezystitis gibt es daher bestimmte Indikationen:

Es muß operiert werden:

1. Wenn die Erkrankung so heftig auftritt, oder so progressiven Charakter zeigt, daß sie das Leben direkt bedroht (Indicatio vitalis).

2. Wenn die Erkrankung sich in die Länge zieht, das heißt, nach 4—6 Tagen interner Therapie nicht deutlich zurückgeht (Kehr, Körte). (Indicatio relativa.)

Die Indicatio vitalis wird im wesentlichen bedingt durch ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses nach zwei Richtungen hin: Nämlich durch das Hinzutreten

a) schwererer, peritonitischer,

b) cholangitisch-septischer Symptome.

Eine mehr oder weniger hochgradige lokale Entzündung des Peritoneums, findet sich bei fast jedem Falle von akuter Cholezystitis; das beweisen die zurückbleibenden Adhäsionen, die man bei der Operation nach vorausgegangenen schweren Gallensteinanfällen fast nie vermißt. Ein Weiterschreiten des Prozesses im Peritoneum läßt sich dann vermuten, wenn die Pulsfrequenz rasch steigt, die Empfindlichkeit und Muskelspannung diffuser wird, ja sich auch in den Unterbauchgegenden und auf der linken Seite zeigt. Meist besteht dann auch anhaltendes Erbrechen, Aufstoßen und Meteorismus und ein mehr oder weniger hochgradiger Kollapszustand.

(Schluß folgt.)

*

Meningitis oder Meningismus. Von Prof. Dr. N. Ortner. (Schluß.)

Erwägungen analoger Art müssen uns dort leiten, wo wir zwischen Meningitis und einen durch Pneumonie, Erysipel oder Influenza veranlaßten Meningismus zu entscheiden haben.

Der akute Gelenkrheumatismus tritt dann in differentialdiagnostische Stellung zur Meningitis, wenn jene seltene Erscheinungsform desselben vorliegt, welche wir als zerebralen Rheumatismus benennen.

Die Differentialdiagnose zwischen Meningismus malaricus und Meningitis ruht wohl vor allem auf dem für Malaria beweisenden Plasmodienbefunde; zudem soll die Malaria — O. fehlt hier jede persönliche Erfahrung — einen intermittierenden Meningismus erzeugen.

Auch der Milzbrand kann einen Meningismus erzeugen. Eine Otitis media kann auch ohne jede zerebrale Komplikation ein meningeales Symptomenbild aus sich selber provozieren. Parazentese des Trommelfelles, eventuell Trepanation des Warzenfortsatzes, bringt nicht bloß Rückgang der entzündlichen Ohrerscheinungen, sondern auch die Symptome des Meningismus.

Unter den Intoxikationen sind es zwei endogene und zwei exogene, welche ein meningeales Krankheitsbild nachahmen können, die Urämie und die intestinale Autointoxikation einerseits, die Fleisch-, Fisch-, Austernvergiftung und die Bleivergiftung andererseits. Nur wenn die Meningitis mit gehäuften klonischen Konvulsionen einhergeht, kann für den ersten Moment eine Verwechslung mit Urämie drohen. Bei etwas genauerer Untersuchung haben wir aber so viele Anhaltspunkte für die Diagnose der Urämie im Augenspiegelbefunde, im Urine, im Blutdrucke, im spezifischen Halitus, in den Sehnenreflexen, daß die Entscheidung um so eher getroffen werden kann, als Haut- und Muskelhyperästhesie bei Urämie nur ganz vereinzelt vorkommt, das Kernigsche Symptom aber, so viel ich gesehen habe, geradezu konstant fehlt.

Die intestinale Autointoxikation führt dadurch zum Meningismus, daß namentlich Benommenheit, Koma, leichte Nackensymptome, auch Pupillendifferenzen, Taches spinales bei derselben vorkommen können, nach O.'s Meinung freilich viel seltener vorkommen, als dies von mancher Seite angenommen wird. Für einen derartigen Meningismus würde im konkreten Falle Vorhandensein eines nicht gespannten aufgetriebenen Bauches, von Diarrhoen, Mangel ausgesprochener Nacken- und Wirbelsäulensteifigkeit, basalen Lähmungserscheinungen, des Kernigschen Symptomes, Vorhandensein von Hautexanthemen (Urtikaria), von Azeton, erhöhten Mengen von gepaarter Schwefelsäure im Urin sprechen.

Kommt auch bei der Fleisch-, Fisch- oder Austernvergiftung eine ganze Reihe zerebraler Symptome, speziell von



Augenmuskellähmungen, von bulbären Kernlähmungen zur Beobachtung, so unterscheidet sie doch geradezu leicht das abnorm lange Erhaltenbleiben des Bewußtseins, das freie Sensorium bis knapp vor dem Exitus von einer Meningitis. Freilich darf nicht verschwiegen werden, daß in anderen Fällen von akuter Fleischvergiftung plötzliches Koma mit intensivem Erbrechen, eventuell nachfolgenden Diarrhoen das Krankheitsbild im wesentlichen konstituieren. Von einer Verwechslung mit Meningitis konnte bei allen diesen Fällen nicht die Rede sein. Wäre es aber einmal der Fall, dann würden Mangel der zerebrospinalen Reizerscheinungen, abnorme Trockenheit des Mundes (Mangel jeder Speichelsekretion), abnorm niedrige Temperaturen, rapider Kollaps, endlich die Anamnese die Diagnose Fleischvergiftung wohl unschwer treffen lassen.

Häufiger tritt die Frage an uns praktisch heran, ob es sich um einen Meningismus saturninus oder eine Meningitis handelt? Auch hier kann die Differentialdiagnose keine erheblichen Schwierigkeiten machen. Denn beim ersteren fehlt das Kernigsche Symptom, es mangeln Haut- und Muskelhyperästhesie, basale Hirnnervenlähmungen, es findet sich in der Anamnese meist ein Anhaltspunkt für die Diagnose einer Bleivergiftung, ein Bleisaum, Veränderungen am Zirkulationsapparate, eventuell Blutdrucksteigerung, reichliche Körnung der roten Blutkörperchen. Freilich — und dies hat O. selber einmal erlebt — kann auch ein Bleiarbeiter mit Bleisaum eine Lungentuberkulose und von dieser aus eine Meningitis tuberculosa akquirieren. Aber gerade in diesem Falle war die richtige Diagnose Meningitis tuberculosa durch die ausgesprochene Haut- und Muskelhyperästhesie, das eklatante Kernigsche Symptom, den positiven Ausfall der Lumbalpunktion, welche in der Punktionsflüssigkeit ein zartes Fibrinnetz und in demselben Tuberkelbazillen nachweisen ließ, leicht zu stellen.

Der Vollständigkeit halber möchte O. schließlich noch erwähnen, daß in ganz vereinzelten Ausnahmefällen auch eine Insolation, eine Trichinose, ein Tetanus in differentialdiagnostische Erwägung mit einer Meningitis geraten können. Für erstere spräche die abnorm hohe Körpertemperatur, die meist blaurote, selten leichenfahle Gesichtsfarbe, der Mangel von Nacken- und Wirbelsäulensteifigkeit, von Haut- und Muskelhyperästhesie.

Eine Meningitis kann schließlich auch unter der Maske eines Tetanus i. e. unter Auftreten tetanischer Krampfanfälle verlaufen. Mangel an Kopfschmerzen, zerebralem Erbrechen, Haut- und Muskelhyperästhesie, Pupillendifferenz, zerebralen Hirnnervenlähmungen — wenn kein Kopftetanus vorliegt — lassen aber auch in solcher Ausnahmssituation ohne Anstrengung das Richtige erkennen.

Zum Schlusse sei noch darauf hingewiesen, daß uns auch einige Fälle von Morbus Addisonii bekannt sind, welche unter den Erscheinungen von Kopfschmerzen, Nacken- und Wirbelsäulensteifigkeit, anfangs Erregtheit, später Delirien und Koma, also anscheinend den Symptomen einer Meningitis, letal endeten, während die Obduktion nicht die Spur einer anatomischen Erkrankung des Zentralnervensystems finden ließ. Mangel von zerebralen Lähmungserscheinungen, der Ausfall der Lumbalpunktion werden auch in einem solchen immerhin differentialdiagnostisch schwierigen Falle Klarheit bringen, schwierig deshalb, weil bekanntlich die Addisonsche Krankheit in der größten Majorität der Fälle auf tuberkulöser Basis sich entwickelt. (Med. Klinik Nr. 2, 1908).

III. Literatur.

Die Entwicklungsgeschichte des Talentes und Genies. Von Dr. Albert Reibmayr. I. Band. Die Züchtung des individuellen Talentes und Genies in Familien und Kasten. München, 1908.

Dieses neueste Werk des bekannten Rassentheoretikers zeigt alle Vorzüge seiner glänzenden Denk- und Schreibweise. R. führt im einzelnen seinen Lieblingsgedanken aus: Seitdem infolge des Aufhörens der Isolierung der einzelnen Rassen die Züchtung der Rassencharaktere aufgehört hat, hat die Bildung der Völkercharaktere oder Nationalcharaktere durch die zeitweise Vermischung und darauf folgende Inzucht zweier verschiedener Völkerstämme begonnen. Seither wechselt Inzucht und Vermischung regelmäßig miteinander ab. Ein solches Mischvolk, welches soeben aus der Vereinigung zweier Inzuchtvölker hervorgegangen ist, gleicht einem soeben geborenen kindlichen Organismus, der nun zwar selbst auf das Wachstum seiner eigenen Zellen angewiesen ist, aber noch die belebenden Folgen der zweielterlichen Vermischung in seinem ganzen körperlichen und geistigen Wesen spürt. Wir müssen eine einmalige Vermischung heterogener Charaktere stets als Anregung zur Bildung neuer Charakterkombinationen betrachten. Aber als den eigentlichen charakterzüchtenden und fixierenden Faktor können wir nur die durch mehrere Generationen dauernde Inzucht bezeichnen. Doch dieser Faktor hat auch, wenn er zu lange und unter unnatürlichen Verhältnissen zur Wirksamkeit kommt, seine großen Gefahren. Die Inzucht hat eben wie jede Sache ihre zwei Seiten, eine nützliche und eine schädliche, und über dieselbe wird stets verschieden sein, je nachdem wir ein Volk, eine Kaste in einem solchen verschiedenen Stadium betrachten. —

Die Eigenart des Autors zeigt sich besonders in dem mit scharfer Dialektik geschriebenen Kapitel: Das religiöse Talent und Genie. Den Arzt wird in dem Buche besonders das stete Zurückgehen auf naturwissenschaftliche und medizinische Grundsätze interessieren, siehe die Kapitel über Degeneration und Regeneration, die Charakteristik des pathologischen und verkommenen Talentes und Genies.

Doch kann der Referent nicht nur loben, sondern er muß auch tadeln. So spukt im Buche noch immer der von einer ernst zunehmenden Rassentheorie längst abgetane Geist des allein seligmachenden Ariertums; Arier in Deutschland, Arier in Italien, Arier in Griechenland. Damit geht Hand in Hand eine verschwommene Auffassung des Rassenbegriffes überhaupt, die natürlich sehr bequem ist, wenn man alle Genies dem Ariertum zuweisen will. Ein Blick auf seine eigenen Karten sollte Reibmayr überzeugen, daß z. B. die Zone der voreiligen und häufigen Geniezüchtung sehr auffällig nicht mit der Verbreitung der nordischen-arischen Rasse, sondern mit der Verbreitung der alpinen Rasse zusammenfällt. Solche konventionelle Irrtümer sind nun Wasser auf die Mühle jener falschen Rassentheorie, deren Hauptgeschäft die politische Brunnenvergiftung ist.

Dr. L. Sofer.

IV. Aus der Praxis.

Über Opsonine.

Die neue Opsoninlehre Wrights gründet sich auf der Tatsache, daß im Blutserum Substanzen kreisen, welche mit Bakterien zusammengebracht, diese so beeinflussen und fixieren, daß sie relativ leicht von hinzugefügten weißen Blutkörperchen gefressen (phagozytiert) werden. Wohl gibt es auch eine spontane Phagozytose (Bakterien plus Leukozyten ohne Serumzusatz), diese ist aber unregelmäßig und unzuverlässig. Der Grad der induzierten Phagozytose (Bakterien plus Leukozyten plus Serum) wird dagegen zuverlässig beeinflußt durch den Opsoningehalt des Serums. Die Opsonine (opsono = ich bereite mich zum Mahle vor) wirken auf die Bakterien, nicht auf die Leukozyten. Die Opsonine sind im normalen Serum thermolabil, d. h. sie werden durch Erhitzen des Serums zerstört. Bei der Immunsera bleibt ein beträchtlicher Teil der Opsonine trotz der Erhitzung erhalten, die Immunopsonine sind also, wenigstens zum Teil, thermostabil. Damit identifizieren sie sich vollkommen mit den Bakteriotropinen von Neufeld und Rimpau, welche Autoren nur mit Immunserum gearbeitet haben. Die Thermolabilität der Normalopsonine, die Thermostabilität der Immunopsonine sind zu diagnostischen Zwecken ebenso zu verwerten wie für die Therapie. Injektionen von abgetöteten Bakterienkulturen er-



höhen den obsonischen Index des Blutserums bei geeigneter Dosierung und öfterer Wiederholung der Injektion vorübergehend oder dauernd (positive Phase), nachdem eine Herabsetzung des opsonischen Index vorhergegangen ist (negative Phase). Desgleichen haben Patienten, welche eine bestimmte Krankheit überstanden haben, oft noch nach Jahren einen erhöhten opsonischen Index gegen das betreffende Bakterium. Die Opsonine sind nämlich spezifisch, d. h. nahezu für jede Bakterienart, die für den Menschen virulent ist, gibt es ein besonderes Opsonin. Der opsonische Index wird bestimmt dadurch, daß man in 100 Leukozyten die Zahl der gefressenen Bakterien bestimmt und den Durchschnitt berechnet. Zuerst tut man dies bei einem normalen Serum; hier heißt die gewonnene Zahl „phagocytic count“ = phagozytische Zahl: die man mit der phagozytischen Zahl des Patienten vergleicht. Der sich ergebende Quotient ist dann der opsonische Index. Die größten Erfolge wurden therapeutisch erzielt bei den lokalen Staphylokokkenerkrankungen, Furunkeln, Akne, Sykosis usw., wo die Injektionen von abgetöteten Staphylokokkenkulturen in kürzester Frist den opsonischen Index gegen Staphylokokkus hochtrieben und die Affektionen promptest heilten. Langsamer waren die Erfolge der Injektion von Kochschem Neutuberkulin in freilich gegen die bisherige Applikation geradezu homöopathischen Dosen. Die bisherigen Mißerfolge der Tuberkulinbehandlung sind darauf zurückzuführen, daß man keine wissenschaftlichen Anhaltspunkte für die Größe der Dosis, welche meist zu groß ausfiel, hatte. Ein solches Kriterium haben wir eben in der Bestimmung des opsonischen Index, dessen Schwankungen maßgebend sind für die Dosis und den Zeitpunkt der Wiederholung der Injektion. Lokale Drüsentuberkulosen heilen relativ rasch, ausgedehnte lupöse Hauterkrankungen langsamer, tuberkulöse Lungenerkrankungen wegen der dabei stets sich wiederholenden Autoinokulationen schwer. Auch die durch Bacterium coli, den Gonokokkus, Micrococcus neoformans und andere Bakterien verursachten Erkrankungen bieten ein günstiges Feld für die Vakzinetherapie Wrights. (Med. Klin.)

V. Notizen.

Hohenems. Der Präsident der Vorarlberger Ärztekammer Dr. Armin Mathis verübte einen Selbstmord.

Pensionsinstitut des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums. Am 26. März d. J. fand die Generalversammlung dieses seit 31 Jahren bestehenden Institutes statt. Dr. Scholz erstattete den Geschäftsbericht, aus welchem sich der günstige Vermögensstand und das stetige Aufblühen des Institutes ergab. (Fondsvermögen Ende 1907 K 1,726.713.) 51 Ärzte befinden sich derzeit im Genusse der Jahrespension von K 1200. — Die Ärzte Österreichs sollten in ihrem eigenen Interesse diesem segensreichen Institute möglichst zahlreich beitreten.

Ein Gesetzprojekt, betreffend die Einführung einer obligatorischen Pockenimpfung der Kinder im europäischen Rußland, wobei

die Ausgaben von der Reichsrentei zu decken wären, ist auf Initiative des Dumadeputierten Tschelyschew von einer Gruppe Bauern und Geistlichen in der Reichsduma eingebracht worden. In dieser Gesetzesvorlage wird darauf hingewiesen, daß in Deutschland, dank der Einführung der Zwangsimpfung innerhalb der letzten 25 Jahre, nur 4 Personen an den natürlichen Pocken gestorben sind, während in Frankreich, wo dieser Zwang nicht existiert, in demselben Zeitraume 600 Personen an dieser Krankheit zugrunde gingen. Allein in Warschau wären in den letzten Jahren 200 Personen ein Opfer dieser Krankheit geworden. (St. Petersb. med. Woch.)

Der III. Internationale Kongreß für Irrenpflege wird vom 7. bis 11. Oktober 1908 in Wien stattfinden. Das vorbereitende Komitee hat bereits als Hauptthemen folgende Punkte aufgestellt und folgende Referenten und Vortragende gewonnen: 1. Zusammenfassender Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens in den verschiedenen Ländern. Referent: Oberarzt Dr. Bresler, Lublinitz. Dr. Buchholz: „Einiges aus der hamburgischen Irrenfürsorge." J. Deventer, Amsterdam: „Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken." M. Lemos und J. Mattos, Porto: „L'assistance des aliénés en Portugal." J. Moreira, Rio de Janeiro: „Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds." Starlinger, Mauer-Öhling, Direktor: „Streifzüge durch das Budget der n.-ö. Landesheil- und Pflegeanstalten." Rixen, Breslau, leitender Arzt der Irrenabteilung im Strafgefängnis: „Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene." 2. Ärztliche Irrenpflege. Vos, Amsterdam: „Über Arbeitsentlohnung." A. Pilcz, Wien: „Moderne psychiatrische Heilbestrebungen." Holub, Wien: Thema vorbehalten. 3. Irrenpflege und Technik. Referent: Oberbaurat Berger, Wien. Thema vorbehalten. Direktor Dr. Herting, Galkhausen: „Bauliche Fortentwicklung der Anstalten für Geisteskranke" (mit Photogrammen). 4. Irrenpflege und Verwaltung. Referent: Gerényi, Wien. 5. Irrenpflege und Versicherungswesen. „Die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterversicherung und insbesondere die Invalidenversicherung der Arbeiter." Referenten: Regierungsrat Dr. Kögler, Wien, Priv.-Doz. Dr. A. Fuchs, Wien. 6. Irrengesetzgebung in den verschiedenen Ländern. Referenten: Mongerie und Alfonso, Mailand. „Psychiatrische Sachverständigentätigkeit und Geschworenengericht." Referenten: Aschaffenburg, Köln, Stransky, Wien. 7. Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig Minderwertige. Referenten: Schiner, Wien, Weygandt, Würzburg. 8. Bericht des internationalen Komitees über den Vorschlag des Dr. Frank, Zürich, „Gründung eines internationalen Institutes zum Studium und der Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten." 9. Irrenpflege bei den Armeen. Referent: Stabsarzt Dr. Drastich, Wien. „Vorsorge bezüglich der Geisteskranken im Kriege." Beitritterklärungen sind bis längstens 1. September 1908, Anmeldungen von Vorträgen bis längstens 1. Juni 1908 an den Generalsekretär, Prof. Dr. A. Pilcz, Wien XIII/12, zu richten. Der Mitgliedsbeitrag (K 20) ist an den Schatzmeister Dr. Max Dobrschansky, Wien XIII/12, zu schicken.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 16, halbjährig K 8; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. JUN 20 1908 LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3611/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 22. Wien, 30. Mai 1908. Nr. 22.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

An unsere Leser!

Laut Beschluß des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs vom 29. April 1908 wurden die „Medizinischen Blätter" zum offiziellen Organe des Zentralverbandes erklärt.

Es soll uns dies ein weiterer Ansporn sein, das Blatt nach allen Richtungen auszugestalten.

Die Redaktion.

Das Rätsel der Genickstarre.

Von **Dr. Meyer** in Bernstadt, Sachsen-Altenburg.

Die Genickstarre, auch epidemische Genickstarre genannt, ist, wie bekannt, eine besondere Form der in verschiedenen Spielarten verbreiteten Entzündung der Gehirn- und Rückenmarkshäute. Wir können diese als Meningitis cerebrospinalis bekannte Krankheit einteilen in drei Hauptformen: 1. die tuberkulöse Meningitis, 2. die durch Weiterwandern einer bereits bestehenden Eiterung am Kopf (Mittelohr-, Kopfwundeneiterung) verursachte Meningitis und 3. die sogenannte idiopathische und bei gehäuftem Auftreten epidemisch genannte Meningitis.

Der Name Genickstarre bezeichnet nur ein Symptom und zwar eines, das allen drei Formen gemeinsam ist. Durch den Druck der geschwollenen Venen der weichen Hirn- und Rückenmarkshäute und später durch den gebildeten Eiter werden u. a. die austretenden Nerven und hiedurch die von ihnen versorgten Rückenmuskeln gereizt und in tonische Starre versetzt. Der Ausdruck „Genickstarre" ist nicht glücklich gewählt, denn ähnliche Erscheinungen finden sich häufig auch bei rheumatischen Affektionen, und oftmals ist es Verfasser begegnet, daß ein Patient mit leichtem Rheumatismus der Nackenmuskulatur kummerbleich die Frage stellte: „Ach Gott, Herr Doktor, ich habe wohl die Genickstarre?" Es ist gut, daß sich dieser Usus, durch ein Symptom die ganze Krankheit zu bezeichnen, nicht allgemein eingebürgert hat, denn sonst könnte man mit demselben Rechte z. B. die Lungenentzündung „Seitenstich" nennen, unbekümmert darum, daß dieses Symptom auch der Rippenfellentzündung, dem Herpes zoster, der Wanderniere, Muskelrheumatismus usw. zukommt. Der Name Genickstarre ist aber einmal da, hat Bürgerrecht erlangt und wir müssen uns mit ihm abfinden.

Weniger leicht wird uns dieses Abfinden, wenn wir daran gehen, nach den Ursachen, dieser rätselhaften Krankheit zu forschen.

Nach allem, was bisher verlautet ist, soll die eigentliche epidemische Genickstarre eine verhältnismäßig junge Krankheit, da erst seit Beginn des 19. Jahrhunderts bekannt, sein. Einige Endemien werden (nach Strümpell) aus dem Jahre 1863 berichtet. In Wirklichkeit dürfte sich die Sache wohl anders und ähnlich, wie bei der Blinddarmentzündung, verhalten. Die neueren Anschauungen bezüglich letzterer[1]) weisen darauf hin, daß sie jedenfalls stets bestanden hat und nur früher mit anderem Namen bezeichnet wurde (Unterleibsentzündung).

Die Gehirnhautentzündung hat es sicher schon von jeher gegeben, nur ist sie vermutlich ebenfalls anders bezeichnet worden und zwar als Gehirntyphus, Nervenfieber usw. Als man dann bei Beginn der pathologisch-anatomischen Forschungen die Veränderungen der einzelnen Organe genauer studierte und — das ist die Kehrseite — an der Hand dieser Ergebnisse die Krankheiten speziell benannte und im Anschlusse hieran ohne Rücksicht auf den Gesamtorganismus zu lokaler Therapie gelangte, bekam auch die sich durch Entzündungserscheinungen an den weichen Gehirnhäuten auszeichnende Krankheit ihre Signatur: Zerebrospinalmeningitis oder Genickstarre.

Der seltsame Titel, das oft plötzliche Auftreten, die zeitweise (in Kasernen, Anstalten usw.) gehäuften Erkrankungen, die Machtlosigkeit der Therapie trotz der Ungewöhnlichkeit der Maßnahmen (Stich in das Lendenmark und Abzapfen von Flüssigkeit) und manches andere umgeben die Krankheit, zumal sie etwas relativ neues und aktuelles darstellte, mit einem mystischen Nimbus und unser nervöses, nach Sensationen haschendes Zeitalter bemächtigte sich bald der Sache, und wie sich kleine Kinder

[1]) Vergl.: Verfassers Schrift: Die Blinddarmentzündung. Verlag O. Gmelin, München 1907.



vom „Nikolaus" schaudernd erzählen, so begann bald das große Publikum sich mit Berichten, statistischen Mitteilungen usw. über die Genickstarre in Zeitungen, die ganze ständige Rubriken dem Thema widmeten, und in Gesprächen gegenseitig anzugraulen. Dem Drucke der öffentlichen Meinung konnten schließlich die Behörden nicht ausweichen und bald wurde bei jedem gemeldeten Fall von Genickstarre — ganz gleich, ob er nur daraufhin verdächtig war — der ganze Apparatus antisepticus in Bewegung gesetzt. Besonders wurde auf Desinfektion der Schneuztücher geachtet, da ja der Meningokokkus in die geschlossene Gehirnhöhle nur durch die Siebbeinplatte eingedrungen sein konnte. Einige Verlegenheit und Abkühlung auf diesem Furor antisepticus bereitete nun aber doch der Umstand, daß man den gefürchteten Meningokokkus auch in den Gehirnflüssigkeiten völlig Gesunder antraf (ebenso wie in den Tonsillen Gesunder den Löfflerschen Diphtheriekokkus, in den Lungen den Pneumokokkus usw.)

Entsprechend der Anschauung bezüglich der Entstehungsursache und der rein lokalen Natur der Krankheit war nun auch die Therapie: Eis auf den Kopf, allenfalls Blutentziehungen, heiße Bäder und als neueren Fortschritt Abzapfung von Meningealflüssigkeit in den Zwischenwirbelräumen der Lendengegend, um den Druck der austretenden Flüssigkeit und des Eiters auf das Zentralnervensystem zu vermindern, was aber nur selten geholfen zu haben scheint.

Vergleichen wir nun die drei Hauptformen der Meningitis bezüglich ihrer Entstehung, so ist nur diejenige Form leidlich klar, wo eine Fortleitung des Eiterungsprozesses vom Felsenbein oder sonstigen eiternden Stellen am Schädel besteht. Bei der tuberkulösen Meningitis ist die Entstehungsursache schon dunkler. Man hilft sich mit der Erklärung, daß von tuberkulösen Drüsen oder Geweben aus ein tuberkulöses Virus weiter verbreitet wird, sich in den weichen Gehirnhäuten etabliert und dort zu schleichender Eiterung führt. Es bleibt hiebei nur das Bedenken und die Frage offen, warum das supponierte Virus gerade die weichen Hirnhäute bevorzugt und, wie Autopsien des öfteren ergeben, andere weit näher liegende und diffizilere Gegenden völlig verschont.

Ganz unklar ist aber vollends die Entstehung der sogenannten epidemischen Genickstarre. Der Bazillus soll durch die Siebbeinöffnungen in den Schädelraum gelangen. Warum aber gelangen nicht auch andere Mikroben durch diese Pforte und wie kommt es, daß der angeschuldigte Meningokokkus sich in den Hirnhäuten völlig Gesunder vorfindet? Hier liegen zur Zeit entschieden ungelöste Rätsel vor.

Betrachten wir einmal die Meningitis im allgemeinen, ohne Rücksicht auf ihren speziellen Charakter, so finden wir, daß sie in ihren Uranfängen eine einfache Hyperämie der serösen, weichen Hirnhäute darstellt, ähnlich etwa, wie im Beginn eines einfachen Nasenkatarrhs, des Schnupfens. Bei Fortdauer der Hyperämie, die von irgend welchen Ursachen unterhalten wird, stellt sich bald das Symptomenbild der bekannten Entzündung ein und im weiteren Verlaufe wandern dann weiße Blutkörperchen aus, beim Schnupfen unter dem Bilde einer profusen schleimig-eiterigen Sekretion und bei der Meningitis als eiterige Auflagerung.

Während nun beim Schnupfen mit der schließlichen Eiterung der Prozeß allmählich abklingt und zum Stillstand kommt, bewirkt die Eiterung bei der Meningitis schwere Erscheinungen und zwar deshalb, weil die angesammelten Eitermengen einen Druck auf das Zentralnervensystem ausüben, hier eine Lymph- und Blutstauung bewirken und somit die Funktionen dieses äußerst diffizillen Organes lähmen. Dieser starre Druck wird unterhalten durch Unnachgiebigkeit der harten Hirnhaut im Verein mit dem knöchernen Schädelgewölbe. Aber auch dann, wenn die Eiterung nicht soweit vorschreiten sollte, bleibt die weitere Gefahr bestehen, daß bei Rückgang des entzündlich-eitrigen Vorganges sich bindegewebige Schrumpfungen einstellen, die dann ihrerseits Teile des Gehirns unter geringe Ernährung setzen oder zur Obliteratur bringen. Das sind alles bekannte Dinge, aber es ist gut, sich ihrer zu erinnern.

Feuilleton.

Türck und Czermak.

(Fortsetzung.)

Am 2. Jänner 1859 diagnostizierte Czermak den ersten Kehlkopfpolypen. Er ersann das interessante Verfahren der Durchleuchtung des Kehlkopfes von außen, das später für die Diagnose der Erkrankungen der Nebenhöhlen eine solche Bedeutung gewann. Er stellte bereits photographische und stereoskopische Aufnahmen der Kehlkopfhöhle her, die sehr gelungen gewesen sein sollen. Es ist sehr zu beklagen, daß jene Bilder, welche er im Jahre 1861 im Archiv der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften hinterlegt hatte, in Verlust geraten sind.

Als größtes Verdienst wird Czermak angerechnet, daß er durch in den Jahren 1859, 1860 und 1862 unternommene Reisen nach Deutschland, Frankreich und England das Laryngoskop frühzeitig zum Gemeingut der Ärzte machte, indem er das neue Instrument an sich und an Kranken demonstrierte, ja selbst eine größere Zahl fremder Ärzte im Gebrauche desselben unterwies.

Es kann an diesem feierlichen Tage bei der Kürze der mir zugemessenen Zeit nicht meine Aufgabe sein, Ihnen rein Biographisches aus dem Leben der beiden großen Männer zu bieten, sondern ich glaube nach Hervorhebung einzelner Hauptmomente aus ihren Werken sie nicht besser feiern zu können, als wenn ich die Früchte schildere, welche der Samen getragen hat, den sie legten, wie sich der kleine Spiegel so rasch neben dem Stethoskop und all den altehrwürdigen Instrumenten, die wir von unseren Vorfahren übernommen haben, einen ehrenvollen Platz eroberte.

Kein junger Arzt der Jetztzeit kann sich eine Vorstellung machen von dem Jammerzustande, der in der Zeit vor der Erfindung des Kehlkopfspiegels herrschte, von der beschämenden Hilflosigkeit, in der wir uns dem Kranken gegenüber befanden. Tausende von Kranken sind dahingegangen, denen wir nicht helfen, denen wir nicht einmal eine Erleichterung ihres Leidens bringen konnten! Wie ist dies jetzt ganz anders geworden! Nahezu jede der einzelnen Disziplinen der Medizin wurde durch den Kehlkopfspiegel auf das fruchtbringendste gefördert. Das Studium der Kehlkopfkrankheiten regte neue Forschungen in der Anatomie und Physiologie der bezüglichen Regionen an, welchen wir wertvolle Werke verdanken und durch die wir eine Reihe wichtiger, neuer Tatsachen kennen lernten.

Die Funktion der Muskeln des Kehlkopfes wurde einer Revision unterzogen. Die so sehr im Dunkeln gelegene, übrigens auch jetzt noch nicht vollkommen geklärte Frage der Innervation des Kehlkopfes konnte doch erst durch das Zusammengehen von Beobachtung am gesunden und kranken Lebenden mit dem Experimente gefördert werden, und in der Tat sind durch diese Verbrüderung wichtige physiologische Beziehungen bekannt geworden: so daß in einem Nervenstamme getrennte Nervenbündel verlaufen, welche antagonistische Muskeln versorgen, die für die Nervenpathologie so wichtige Tatsache der doppelseitigen Motilitätsstörung bei Reiz der Vagusendigung, auch bloß einer Seite, die berechtigte Annahme, daß der weiche Gaumen nicht nur vom Fazialis, sondern auch vom Vagus versorgt sei. Es darf nicht vergessen werden, daß die mit der Einführung der Laryngoskopie gewonnene bessere Beleuchtung auch der Mund- und Rachenhöhle zugute kam und dadurch alle Vorgänge daselbst gründlicher studiert werden konnten. Erst durch die



Somit besteht der Unterschied zwischen der Entzündung der Gehirnhäute oder anderen serösen Häuten darin, daß bei letzteren lebenswichtige Organe nur selten (Herzbeutel) in Frage kommen, während die knöcherne Bedeckung des Zentralnervensystemes die Entzündung und Eiterung geradezu mit eisernen Klammern an eine lebenswichtige Stelle bannt und einen Abfluß zur Unmöglichkeit macht.

(Fortsetzung folgt.)

Die Bedeutung der modernen Syphilisforschung für die Bekämpfung der Syphilis.

(Fortsetzung.)

Nun sind sehr bald eine Reihe von Tatsachen bekannt geworden, die uns nahelegten, die Komplementbindungsreaktion doch in etwas weiterem Sinne aufzufassen. Es zeigte sich, daß gewisse Kolloide, wenn man sie mit gewissen anderen Substanzen zusammenbrachte, gleichfalls die Komplementbindungsreaktion gaben, ohne daß wir da eine Antigenantikörperreaktion annehmen konnten. Besonders konnte Seligmann in sehr interessanten Versuchen zeigen, daß z. B. eine Mastixemulsion, gemischt mit Gelatine, mit Schellack oder mit einfachen Salzlösungen verschiedener Konzentration, gleichfalls das Komplementbindungsphänomen gab. Die Annahme, daß hiebei ein mechanisches Niederreißen des Komplements durch Niederschlagsbildung in Frage käme, konnte er als irrig erweisen. Diese Versuche, sowie ähnliche, die schon früher von Wassermann und mir, sowie Landsteiner und Stankovics ausgeführt worden waren, führten Wassermann und mich zu einer Auffassung der Komplementbindung, welche auf die ursprüngliche Bordetsche Anschauung zurückgeht, daß es sich bei der Komplementbindung, auch bei der einfachen Hämolyse und Bakteriolyse, um einen Vorgang handelt, der als Voraussetzung hat, daß ein Molekül durch ein zweites Molekül in seinem physikalisch-chemischen Zustand geändert wird. Wir lassen es ganz dahingestellt, in welcher Weise diese Änderung herbeigeführt wird. Wir konstatieren nur, daß jede Änderung in dem physikalisch-chemischen Zustand eines Moleküls Komplementbindung gelegentlich hervorrufen kann. Natürlich ist mit dieser Erklärung in keiner Weise der spezifische Immunitätsvorgang, die spezifische Reaktion der Komplementbindung erklärt, denn die Frage, die zu beantworten ist, warum in den speziellen Fällen gerade in dem Typhusserum eine Substanz ist, die das Typhusmolekül und nicht das Choleramolekül so verändert, daß die Komplementbindung eintritt — diese Frage können wir nicht beantworten. Wir können nur sagen, es gibt zweierlei Möglichkeiten, die zur Komplementbindung führen können, einmal spezifische Vorgänge und zweitens unspezifische Vorgänge, und nun entsteht die Frage: Worum handelt es sich bei der Syphilis? Handelt es sich bei der Syphilis um einen spezifischen Vorgang nach Analogie der Antigenantikörperreaktion oder um einen Vorgang, der etwa in Beziehung zu den Seligmannschen Versuchen zu stellen wäre oder um ein gleichzeitiges Vorkommen beider Möglichkeiten?

Die Versuche, die zuerst die Antigenantikörperhypothese bei der Syphilis erschüttert haben, sind folgende: Man fand, daß das Antigen — als Antigen bezeichnen wir bei der Syphilisreaktion einen wässerigen Extrakt aus hereditär-luetischen Lebern — nicht nur mit Wasser sich extrahieren ließ, sondern daß auch bei der Extraktion mit Alkohol (Porges und Maier, Landsteiner), aber nicht mit Äther (Levaditi und Yamanouchi) sich eine Substanz gewinnen ließ, die im Komplementbindungsversuch an die Stelle des Antigens treten konnte.

Nun haben die Autoren, die gegen die Spezifität dieser Reaktion angekämpft haben, weiter argumentiert, alle unsere bisher bekannten Antigene, das heißt alle Substanzen, welche Antikörper erzeugen, sind Eiweißsubstanzen; da diese Substanz wegen ihrer Alkohollöslichkeit keine Eiweißsubstanz ist, so kann sie nicht das Luesantigen sein. Nun, diese Beweisführung ist nicht ganz stichhaltig. Es ist nicht richtig, daß alle Antigene Eiweißsubstanzen sind. Untersuchungen von Wassermann und mir haben seinerzeit schon gezeigt, daß auch Abbauprodukte des Eiweißes als Antigen gelten können, die Albumosen und gewisse Peptone; ja wir haben sogar wahrscheinlich gemacht, daß vielleicht das Glykogen noch als Anti-

---

Spiegel- und durch eine solche ermöglichte Sondenuntersuchung war ein genaues Studium der Empfindlichkeit und des Lokalisationsvermögens in der Rachen- und Kehlkopfhöhle möglich. War zunächst die Unvollkommenheit des letzteren gezeigt, so konnten die Hypästhesie bei der Diphtherie und bezügliche Befunde bei anderen Nervenkrankheiten nachgewiesen werden.

Es sei nochmals hervorgehoben, was schon gelegentlich der verdienstvollen Arbeiten Garcias und Czermaks angedeutet wurde, wie der Spiegel die Physiologie des Atmungsvorganges, der Bildung von Stimme und Sprache förderte und manche der vielen Rätsel des Gesanges aufzuklären half. Endlich sollen nicht jene interessanten Pulsationsvorgänge vergessen sein, die man in der Trachea wahrnimmt und welche so wichtige Aufschlüsse über den Zustand der gesunden und kranken Brustorgane gestatten. Wesentlich gefördert wurde die Pathologie durch die Kenntnisse über die Genese des Hustens, welche uns durch das Laryngoskop ermöglicht wurden.

Der Spiegel gibt auch Aufschluß über die Entstehung des Charakters des Hustens, und schließlich soll noch darauf aufmerksam gemacht werden, daß mit der Erfindung des Kehlkopfspiegels der so gefürchtete „falsche Crouphusten“ seinen nächtlichen Schrecken verloren hat und auf die richtige Ursache zurückgeführt ist.

Den Kehlkopfspiegel in der Hand, könnte man das ganze Gebiet der Pathologie besprechen und zeigen, welchen Nutzen er uns gebracht, zunächst zur Erkennung selbständiger Erkrankungen des Larynx, dann solcher, die durch Veränderungen der Nachbarorgane bedingt sind. Aber auch die Teilnahme des Kehlkopfes an den Erkrankungen der meisten anderen, oft fern abgelegenen Organe, sowie nahezu aller Infektions- und gewisser konstitutioneller Krankheiten wurde durch die neue Untersuchungsmethode festgelegt. Hiebei zeigen sich die Larynxerscheinungen nicht selten in einer so charakteristischen Weise, daß hieraus die wichtigsten Anhaltspunkte für die Diagnose oft verwickelter Krankheitsprozesse gewonnen werden.

Wenn der Medizin so oft der Vorwurf gemacht wird, daß sie wohl in der Diagnose die größten Fortschritte gemacht, in der Therapie aber immer noch weit zurückgeblieben sei, so trifft dies in der Laryngologie glücklicherweise nicht zu. Denn ist mit Hilfe des Spiegels eine genaue Diagnose ermöglicht, so können wir sofort in rationeller Weise eine erfolgreiche Therapie nicht nur versuchen, sondern in einer überwiegend großen Zahl von Fällen auch wirksam durchführen. Dies gilt namentlich für drei Arten pathologischer Zustände: Stenosen der Luftwege können nach Feststellung der Hauptdiagnose des Leidens auch die feineren Indikationen für das Wie und Wo des rettenden chirurgischen Eingriffes gegeben werden, wenn nicht schon durch laryngoskopisch-spezialistische Hilfe die Heilung gesichert ist. Auf die für die Diagnose so wertvolle Feststellung von in die Luftwege eingedrungenen Fremdkörpern, die um so mehr gefeierten Erfolge, je aufregender, ja oft wahrhaft dramatisch sich die Vorgänge bei ihrer Entfernung gestalteten, brauche ich nur hinzuweisen. Die Diagnose der Neubildungen, ihre Entfernung auf operativem Wege wurde seit der Großtat von Viktor v. Bruns als eine der staunenswertesten Errungenschaften in der Medizin betrachtet, und gewiß mit Recht. Bedenken Sie, welche Wohltat der kleine Spiegel dem Menschengeschlechte auf diesem Gebiete geleistet, wie viel kostbares Leben gerettet, wie viel menschliches Elend beseitigt wurde, wie viele bedroht waren, quälendem Husten

körper erzeugend zu gelten hat, also ein Antigen ist. Aber wenn selbst diese Versuche als nicht völlig beweisend gelten sollten, so liegen doch noch andere Tatsachen vor, die uns eine gewisse Reserve auferlegen. Es sind Versuche von Metalnikoff bekannt, in denen es ihm gelang, gewisse Fermente künstlich zu erzeugen, welche wachslösend sind, also, in der Immunitätssprache ausgedrückt, Antikörper gegen das Wachs. Auch die Nastinversuche von Deyke Pascha und Reschad Bey sprechen in dem Sinne, daß es gelingt, durch Injektion fettartiger Substanzen den Organismus zur Bildung von Substanzen anzuregen, welche nach Art von Antikörpern wirken. Endlich sind die sehr eingehend studierten Kobralezithin- und ähnliche Giftverbindungen mit Lezithin zu erwähnen, welche durchaus dafür sprechen, daß auch den Lipoiden antigene Eigenschaften zukommen.

Nun hat man aber weiter gezeigt, daß als Antigene in dieser Reaktion nicht nur alkoholische Extrakte syphilitischer Lebern, sondern auch normaler Organe, ja ein ganz speziell bekanntes chemisches Präparat, das Lezithin, treten kann, und man hat weiter argumentiert, wenn das Lezithin das Antigen ersetzen kann, oder wie Fleischmann in der letzten Sitzung im Gegensatze zu Volk und Groß ausführte, auch das Cholestearin und Vaselin, so kann von einer spezifischen Reaktion nicht mehr die Rede sein.

Auch diese Beweisführung ist nicht ganz überzeugend. Ich gebe zu, daß die Antigenantikörperhypothese ernstlich erschüttert ist, aber ich kann sie noch nicht als widerlegt ansehen und zwar aus folgenden Gründen. Wir wissen, daß das Kobralezithid und andere Toxolezithide Antikörper erzeugen können. Wir können uns nun ganz nach Analogie dieser Vorgänge sehr wohl vorstellen, daß auch zwischen dem Syphilisgift und den Lipoiden des Körpers eine enge Verwandtschaft besteht. Wir wissen, daß ganz allgemein Gifte zu Lipoiden Verwandtschaft haben. So konnte Bockenheimer z. B. zeigen, daß man ein Tier mit Tetanus infizieren kann und daß das Tier leben bleibt oder länger leben bleibt, wenn man ihm Perubalsam injiziert, daß also der Perubalsam das Tetanustoxin neutralisiert. Also es besteht eine Affinität zwischen Giften und Lipoiden, ebenso wie eine Affinität zwischen Fermenten und Lipoiden besteht. Wenn nun diese Verbindung zwischen den Giften und den Lipoiden des Körpers selbst das Antigen wäre, so müßte dann ein Antikörper mit einer lipoidophilen Gruppe erzeugt werden. Diese Antikörper müssen eine lipoidophile Gruppe haben, welche sich mit dem Lipoid auf der einen Seite, auf der anderen Seite mit dem Komplement verbinden.

Wenn diese Anschauung richtig ist, dann muß folgendes geschehen. Andere Gifte, welche auch mit dem Lipoid eine Verbindung eingehen, müssen gleichfalls einen Antikörper erzeugen, welcher eine lipoidophile Gruppe hat. Man hat nun in der Tat gefunden, daß das Framboesie-Serum und die Lumbalflüssigkeit der Schlafkranken mit dem Syphilisantigen die gleiche Bindung gibt. Es wird nun aber weiter auch verständlich, daß alle Sera, die Antikörper mit lipoidophiler Gruppe haben, auch mit dem einfachen Lipoid, also dem Lezithin z. B., eine Komplementbindung geben können. Man könnte die Toxolipoide dann mit den echten Toxinen vergleichen. die bekanntlich aus einer haptophoren und einer toxophoren Gruppe bestehen. Die haptophore Gruppe wäre das Lipoid, die toxophore Gruppe das Syphilisgift. Das einfache Lezithin wäre also dem Toxoid gleichzusetzen, welches zwar die Antikörper binden, aber nach Brucks Untersuchungen selbst keine erzeugen kann.

Das, was ich Ihnen hier entwickelt habe, ist selbstverständlich nur eine Hypothese, und diese Hypothese erhebt auch nie den Anspruch, eine Brücke zu schlagen zwischen älteren und neueren Tatsachen. Doch müssen wir auch mit der Möglichkeit rechnen, daß das Komplementbindungsphänomen zwischen luetischem Serum einerseits und wässerigem luetischen Extrakt resp. alkoholischem Extrakt (oder Lipoiden) andererseits überhaupt nicht ein und dieselbe Reaktion ist, sondern daß hier zwei Reaktionen miteinander konkurrieren, von denen die Reaktion mit dem wässerigen Extrakt eine spezifische Antigen-Antikörperreaktion darstellt, während die Lipoidreaktion der Spezifizität entbehrt. So konnten Weil und Braun zeigen, daß eine Reihe eiweißpräzipitierender Sera mit alkoholischem Extrakt die Komplementbindungsreaktion gaben, während sie mit wässerigem luetischen Extrakt eine negative Reaktion gaben. Bestätigt sich diese Mitteilung, dann könnte die Bindung mit

---

oder der Erstickung zu erliegen, welche Anzahl von eingreifenden Operationen erspart und welche Dienste endlich Lehrern, Sängern, kurz allen, die erwerblich auf das Sprach- oder Singorgan angewiesen sind, und somit auch der Kunst geleistet wurde.

Dies läßt sich gerade in Zahlen anschaulich machen. Ein gefeierter Sänger war in Gefahr, die Stimme zu verlieren. Der kleine Spiegel stellte die Diagnose eines Kehlkopfpolypen fest; mit Hilfe desselben kleinen Instrumentes wurde das Leiden beseitigt, der Sänger in die erfreuliche Lage versetzt, sich und seine Mitmenschen mit herrlichen Kunstleistungen zu erfreuen und an Gagen eine halbe Million zu verdienen! Will jemand ausrechnen, wie oft sich seit 1861 dieser Vorgang, wenn auch nicht in gleichem Maße, wiederholt, welchen Umsatz an Geld aber jedenfalls der kleine Spiegel auf diese Weise bewirkt hat?

Es ist nicht zu verwundern, daß, entsprechend diesen Erfolgen, die Ärzte dieser therapeutischen Seite der Laryngologie ihr regstes Interesse zuwandten, ja auch die Laienwelt ihr die größte Aufmerksamkeit schenkte. Aber auch auf einem anderen weniger sinnfälligen, mehr theoretischen Felde ist großes geleistet worden, ich meine das weite Gebiet der Neurosen des Kehlkopfes. Ein kolossales Material an gediegenster Arbeit ist hier aufgehäuft, die geistreichsten und spannendsten Diskussionen und Kontroversen sind hier entstanden, die schwierigsten, allen Scharfsinn erfordernden Experimente haben die Erscheinungen im Kehlkopfe mit der gesamten Pathologie des Gehirnes und Rückenmarkes in Verbindung gebracht, und wenn in dieser Weise vieles geklärt, für den Kehlkopf ein eigenes abgegrenztes Gebiet vom Kortex bis zu den peripheren Nervenendigungen gesichert ist, so müssen wir trotzdem auch heute noch eingestehen, daß, solange die Beziehungen des Larynx zum Nervensystem in der sensitiven, ganz besonders aber motorischen Sphäre nicht vollkommen festgelegt sind und die Behauptung eines ausgezeichneten Forschers einer solchen eines ebenso tüchtigen anderen Autors gegenübersteht, noch für viele höchst auffällige Tatsachen und Beobachtungen eine befriedigende Erklärung aussteht.

Bei einzelnen Krankheiten des Nervenzentralorganes können wir dermalen nur gleichzeitige Störungen in der Sensibilität oder Motilität des Larynx nachweisen, ohne in einwandfreier Weise den inneren Zusammenhang der Erscheinungen deuten zu können. Andererseits aber hat uns erst der Spiegel das Bild und damit die genauere Kenntnis der sogenannten Larynxkrisen bei der Tabes, den diese verursachenden Krampfanfälle gebracht, und — was wieder von besonderer Wichtigkeit ist — wir haben nicht nur durch vielfältige Untersuchungen die Häufigkeit dieser Erscheinungen, sondern auch ihr gar nicht seltenes initiales Auftreten bei dieser so verbreiteten Erkrankung des Nervenapparates kennen gelernt, so daß uns das Vorkommen schwerer Erstickungsanfälle aus vollem Wohlbefinden noch kurze Zeit vorher und bei gut erhaltener Stimme verständlich gemacht ist. Bei einer funktionellen Gehirnkrankheit, der Hysterie, wenn wir sie noch als solche betrachten dürfen, gibt das Laryngoskop bei dem hier nicht selten so komplizierten Symptomenkomplex oft wichtigen Aufschluß: zeigt ein Blick in den Spiegel einseitige Paralyse, so kann es sich nicht bei beiderseitiger Parese unter den sonst gegebenen Umständen um Hysterie handeln.

(Schluß folgt.)

den lipoiden Substanzen den Ausdruck einer allgemeinen Immunitätsreaktion darstellen, vergleichbar der Globulinvermehrung, die wir schon bei der Wasserreaktion nach Klausner besprochen haben, während die wässerigen luetischen Extrakte eine spezifische Syphilisreaktion repräsentieren. Als bewiesen kann indessen auch diese Anschauung keineswegs gelten. Ich will Ihnen nur zeigen, daß die bisherigen Angriffe gegen die Antigen-Antikörperhypothese keineswegs so sind, daß sie unbedingt Beweiskraft haben. Wir müssen also die Lösung dieser Frage noch in suspenso lassen. Wir müssen sagen, die theoretische Untersuchung der Spezifizität der Komplementbindung bei Syphilis hat noch kein Resultat gezeitigt.

Von anderer Seite — von Levaditi und Yamanouchi — ist nun ein zweiter Angriff gegen die Antigen-Antikörperhypothese erhoben worden. Levaditi und Yamanouchi stellten fest, daß die in der Lumbalflüssigkeit der Paralytiker sich findenden „Luesantikörper“ mit Alkohol extrahierbar sind. Also nicht nur das Antigen ist ein Lipoid, sondern auch der Antikörper ist ein Lipoid, und nun wurde weiter argumentiert, da alle unsere bisher bekannten Antikörper keine Lipoide sind, können diese Substanzen keine Antikörper sein.

Hierauf läßt sich folgendes erwidern. Alle bisher angestellten Versuche, die Antikörper in Alkohol zu lösen, wurden am Serum gemacht. Die Verhältnisse im Serum und in der Lumbalflüssigkeit sind aber nicht identisch. Wenn man ein Serum mit Alkohol versetzt, dann fällt viel Eiweiß aus und dann werden die Antikörper mechanisch mitgerissen. In der Lumbalflüssigkeit herrschen ganz andere Verhältnisse; es ist sehr wohl möglich, daß auch andere Antikörper in der Lumbalflüssigkeit Alkohollöslichkeit besitzen. Angesichts dieser Sachlage halte ich es jedoch für richtig, in Zukunft den Ausdruck Luesantikörper zu vermeiden.

Damit verlasse ich die theoretische Seite der Frage und wende mich der viel wichtigeren praktischen Seite zu.

(Forts. folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Arbeiterschutz und Ärzteschutz. — Interpellation wegen der Frauenkliniken. — Systierte Beschlüsse der Wiener Ärztekammer.

So unfaßbar uns der Standpunkt medizinischer Blätter vom Schlage der W. m. Wochenschr. ist (auch die Mediz. Klinik drückt sich in der Nr. 20 sehr verschwommen um die Sache herum), so begreiflich ist es, daß der „Arbeiterschutz“, das offizielle Organ der Reichskommission der Krankenkassen Österreichs für die Familienangehörigenversicherung eintritt und uns deshalb in Nr. 10 angreift. Der „Arbeiterschutz“ hat eben nur das fiskale Interesse der Kassen und der Versicherten im Auge, während wir das Interesse der Ärzte vor ihren wahren Feinden und falschen Freunden hüten müssen.

Aber deshalb geben wir doch nicht die Hoffnung auf, den „Arbeiterschutz“ von der Richtigkeit unserer Haltung zu überzeugen. Der „Arbeiterschutz“ schreibt: „. . . . wozu die Aufregung? Ist das Einkommen, das die Ärzte jetzt aus der Behandlung der Angehörigen der Kassenmitglieder beziehen, wirklich so groß, daß sie gegen die Angehörigenversicherung so losziehen müssen? Tant de bruit pour une omelette oder: „Viel Lärm um nichts.“

Der „Arbeiterschutz“ ist eben auf dem Holzwege, wenn er glaubt, daß es sich nur um eine Omelette, oder landesüblicher gesprochen, um einen „Schmarren“ handelt. Sein Redakteur möge nur bei bekannten Ärzten eine Umfrage veranstalten und er wird finden, daß diese Einnahmen aus der Behandlung der Angehörigen ein Viertel bis ein Drittel der Gesamteinnahmen des Kassenarztes darstellen. Denn eine ausgebreitete Praxis außer den Kassenmitgliedern zu betreiben ist dem Arzte einfach deshalb nicht möglich, weil ihm keine Zeit zu einer solchen bleibt. Die Einnahmen aus der Behandlung der Angehörigen sind also ein bedeutender Posten in dem Budget des Arztes. Allerdings hat heute das Budget eines praktischen Arztes als ganzes einen solchen Tiefstand erreicht, daß es manchem Nebenmenschen mit größeren Einnahmen als ein „Nichts = Omelette“ erscheinen mag. Wir wagen die Behauptung, daß es viele qualifizierte Arbeiter in Wien gibt, die monatlich mehr verdienen als der praktische Arzt. Der „Arbeiterschutz“ möge daraus entnehmen, daß es sich uns nicht darum handelt, für irgend welche Luxusbedürfnisse der Ärzte gegen berechtigte Ansprüche der Arbeiter einzutreten, sondern einfach darum, den täglichen Kampf der praktischen Ärzte um ihre nakte Existenz zu unterstützen und sie vor dem völligen Hinabgleiten in das proletarische Dasein zu schützen.

Im Abgeordnetenhause interpellierte der Abgeordnete Dr. Gold den Unterrichtsminister betreffend die Verzögerung der Eröffnung der neuen Frauenkliniken an der medizinischen Fakultät in Wien. In der Interpellation wird darauf hingewiesen, daß infolge der Uneinigkeit zwischen dem Land Niederösterreich und der Staatsverwaltung die zwei neuen, bereits fertiggestellten Frauenkliniken bisher nicht aktiviert wurden und daß die Professoren Schauta und Rosthorn infolgedessen ihre Vorlesungen für das Sommersemester nicht aufnehmen konnten. Es wird die Anfrage gestellt, was der Unterrichtsminister zur Behebung dieses unhaltbaren Zustandes in allernächster Zeit zu veranlassen gedenke.

Der Verwaltungsgerichtshof hat am 19. Mai unter dem Vorsitze des Senatspräsidenten Baron Schwartzenau die Beschwerde der Wiener Ärztekammer, die sich gegen die Sistierung ihrer Beschlüsse, betreffend die Annahme von Stellen bei den nicht obligatorischen Krankenkassen richtete, wie wohl schon bekannt sein dürfte, als unbegründet abgewiesen. Mit dem ersten Beschlusse vom 21. Jänner 1902 hatte es die Ärztekammer für standeswidrig erklärt, daß Ärzte bei der Krankenkasse der Wiener Bankbeamten irgend eine ärztliche Stelle annehmen, insolange die Annahme nicht unter solchen Umständen möglich ist, welche von der Wiener Ärztekammer geprüft und gutgeheißen worden sind. In dem zweiten Beschlusse vom 15. Februar 1902 wurde die Annahme einer jeden, wie immer gearteten ärztlichen Stelle bei allen neuzugründenden, registrierten Hilfskassen, die ihren Mitgliedern unentgeltliche ärztliche Behandlung erklären, als standeswidrig erklärt. Der Verwaltungsgerichtshof ist bei der Abweisung der Beschwerde von folgenden Erwägungen ausgegangen: Gemäß § 3 des Ärztekammergesetzes sind die Ärztekammern berufen, über alle Angelegenheiten, welche die gemeinsamen ärztlichen Interessen des Ärztestandes, die Würde und das Ansehen des ärztlichen Berufes betreffen, Beschlüsse zu fassen. Nach § 2 dieses Gesetzes sind Angehörige der Kammer verpflichtet, den aus der Kompetenz derselben sich ergebenden Anforderungen zu entsprechen, und gemäß § 12 dieses Gesetzes ist gegenüber den Angehörigen, die sich eines des ärztlichen Berufes unwürdigen Verhaltens schuldig machen oder die Pflichten als Angehörige der Kammer verletzen, eine disziplinare Ahndung vorgesehen. Es frägt sich also, ob und wieweit die Ärztekammer berechtigt war, auf Grund dieser gesetzlichen Bestimmungen Beschlüsse zu fassen. Die fraglichen Beschlüsse erhalten ihre nähere, für die Entscheidung der Beschwerde bedeutsame Erläuterung aus der Vorstellung, welche die Ärztekammer gegen den Statthaltereierlaß vom 18. Oktober 1902 erhoben hat, und in welcher die Kammer kundgibt, daß sie in disziplinarer Beziehung einen Unterschied zwischen Standeswidrigkeit und Standesunwürdigkeit nicht anerkennt, und daß der Disziplinarrat, wenn die Kammer ein bestimmtes Verhalten eines Mitgliedes für standeswidrig erklärt, berufen sei, gegen das Mitglied einzuschreiten. Auf Grund dieser authentischen Interpretation glaubt der Verwaltungsgerichtshof diese sistierten Beschlüsse zwar nicht als ein unbedingtes Verbot, wohl aber als Warnung des Inhaltes anzusehen, daß die Kammer den Abschluß von Verträgen mit den in Beschlüssen erwähnten, auf Grund gesetzlicher Bestimmung zu organisierenden Vereinen für standeswidrig erklärt und daß Mitglieder, welche einen solchen Vertrag



schließen, die Einleitung eines Disziplinarverfahrens zu gewärtigen haben. In diesem Sinne stellen sich die Beschlüsse als ein Eingriff in die Berufstätigkeit der einzelnen Kammermitglieder dar. Eine gesetzliche Begründung für einen solchen Beschluß könnte nur dann zugestanden werden, wenn gemeinsamen, gleichviel ob idealen oder materiellen Interessen des ärztlichen Standes eine solche Betätigung des einzelnen auf beruflichem Gebiete entgegensteht, die zwar mit keiner ausdrücklichen gesetzlichen Bestimmung, wohl aber mit dem Ansehen und der Würde des ärztlichen Standes in Widerspruch steht. Der Verwaltungsgerichtshof teilt in dieser Beziehung die von der Ärztekammer vertretene Anschauung, daß die Kammer nach § 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 1891 berufen ist, durch Beschlüsse kundzugeben, welche näher zu bestimmende Modalitäten nicht bloß der Berufs- sondern auch der Erwerbstätigkeit ihrer Mitglieder sie mit der Würde und dem Ansehen des Standes für vereinbar oder nicht vereinbar hält. Auch der Verwaltungsgerichtshof teilt die Anschauung, daß zwischen der idealen Seite des ärztlichen Berufes, die darin besteht, der leidenden Menschheit ohne Unterschied, ob arm oder reich, in möglichst ausgiebiger Weise und unter möglichst geringer Bedachtnahme auf persönliche Interessen des Arztes Hilfe zu gewähren einerseits, und zwischen der materiellen Seite der ärztlichen Standesinteressen andererseits ein billiges Auskunftsmittel gesucht und gefunden werden muß. Hiezu ist auch nach Ansicht des Gerichtshofes die Ärztekammer in erster Linie berufen. Die Frage, ob und wie weit zur Erreichung dieses Zieles Eingriffe in die Berufs- und Erwerbstätigkeit der einzelnen Mitglieder seitens der Kammer notwendig sind, unterliegt innerhalb der jederzeit zu wahrenden gesetzlichen Grenzen dem Ermessen der Kammer. Im konkreten Falle hat jedoch die Ärztekammer ihre Kompetenz überschritten; durch den zweiten Inhalt des zweiten Beschlusses werden ganze Kategorien von gesetzlich zulässigen Vereinen in einer ihnen gesetzlich zukommenden Betätigung beschränkt, überdies wird auch seitens der Kammer durch die Beschlüsse eine der Judikatur des Ehrenrates präjudizierende, nach dem Kammergesetze unzulässige Präventivzensur an den Mitgliedern in Anspruch genommen. — Eine gleichartige Beschwerde der Niederösterreichischen Ärztekammer mit Ausschluß von Wien wurde aus ähnlichen Gründen verworfen.

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Die Tuberkulosedebatte.

In der ersten Sektion für hygienische Mikrobiologie und Parasitologie wurde unter der Leitung des Breslauer Professors Flügge die Ätiologie der Tuberkulose behandelt.

Herr Arloing eröffnete die Debatte mit einer Erörterung über die verschiedenen Formen des Tuberkelbazillus. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen haben wir bereits mitteilen können, ebenso die des amerikanischen Berichterstatters Ravenel, der seine experimentellen und statistischen Erfahrungen über die tuberkulösen Erkrankungen infolge Nahrungsaufnahme der Sektion unterbreitete. Hierauf berichtete Professor Flügge über den Stand der Frage betreffend die Entstehung der Tuberkulose durch die Atmung. Er gab zunächst eine Darstellung des Verlaufes der experimentellen Untersuchung mit trockenem Staub und mit feuchten Tröpfchen. Die Grenzwerte der Ansteckungen liegen bei 200 Atmungen und etwa 50 Bazillen. Die experimentellen Nachweise sind vollkommen gelungen. Je nach der Stärke der angewendeten Gaben erfolgten die Ansteckung und die tuberkulöse Erkrankung der Versuchstiere früher oder später, intensiver oder schwächer. Bei den Fütterungsversuchen bedarf es einer viel längeren Zeitdauer als bei den Inhalationsversuchen. Die Ansteckung auf dem Wege der Nahrungsaufnahme ist schwieriger, sie verläuft langsamer. Wie verhält sich aber der lebende Mensch zu diesen Ansteckungsmöglichkeiten? Der Berichterstatter ist geneigt, diese Möglichkeiten als äußerst selten hinzustellen, sobald es sich um Einatmungsstaub handelt. Anders liegt es mit den Einatmungen verdächtiger Hustenauswürfe. Hier ist die Ansteckungsmöglichkeit verhältnismäßig leicht. Allerdings ist dazu ein intimerer, länger andauernder Verkehr zwischen Gesunden und Tuberkulösen die Voraussetzung. Vorübergehendes Zusammensein mit Tuberkulösen ist durchaus ungefährlich. In dieser Beschränkung ist an dem Zustandekommen einer Inhalationstuberkulose nicht zu zweifeln. Feste Zahlen über die verschiedenen Ansteckungsmöglichkeiten aufzustellen, ist äußerst schwierig. Flügge warnt überhaupt vor Verallgemeinerungen, vielmehr sind überall die gegebenen Verhältnisse in den einzelnen Fällen zu berücksichtigen.

Der nachfolgende Redner, Professor Ribbert, behandelte vornehmlich die Rolle, welche die Lymphdrüsen bei der Tuberkulose spielen. Nach der Ansicht des Vortragenden sind diese Drüsengruppen als mehr oder weniger stark fungierende Filter aufzufassen. Erst wenn diese Filter ergriffen sind, können von ihnen aus die weiteren Stationen ebenfalls tuberkulös werden.

Im weiteren Verlaufe seiner Auseinandersetzung berücksichtigte Professor Ribbert namentlich statistische Ermittelungen über die verschiedenen primären Tuberkuloseerkrankungen. Die Intestinaltuberkulose ist auf das Kindesalter beschränkt, und sie vermindert sich mit dem steigenden Alter. Die häufigsten Verbreitungswege sind und bleiben die Bronchialdrüsen. Diese werden von der Lunge, von den Alveolen aus infiziert. Die Lungen sind also bei den Erwachsenen weitaus die häufigsten Verbreitungswege für den Tuberkelbazillus.

Schließlich erörterte Professor Schrötter, Wien, die Frage nach dem Ausgange und die Verbreitung der Tuberkulose vom rein klinischen Standpunkte aus. Man muß indessen bei der Beurteilung des primären Charakters der Erkrankung sehr vorsichtig sein. Auch dieser Redner warnte eindringlich vor Verallgemeinerungen bei den Schlußfolgerungen. Nach wie vor hält Schrötter an dem Gedanken der aerogenen Lungentuberkulose fest, er leugnet indessen nicht, daß es verschiedene Verbreitungswege für den Krankheitserreger gibt. Primäre Kehlkopftuberkulose und Trachealtuberkulose sind äußerst selten. Die gegenteilige Behauptung hält der Redner für einen Irrtum. Besondere Aufmerksamkeit erfordert das Studium des Lymphsystems und seiner Beziehungen zu der Verbreitung der Tuberkulose in unserem Organismus. Die Bronchialdrüsen nehmen in dieser Hinsicht eine besondere Stellung ein; ihre vereinzelt bleibende Erkrankung ist indessen sicher. Primäre Darmtuberkulose kommt häufiger vor, als man früher glaubte. Man kann sie daher als eine Eingangstuberkulose bezeichnen. Peritonealtuberkulose kommt lediglich als solche nur äußerst selten vor; Vorsicht ist bei der Beurteilung sehr geboten. Dasselbe gilt von der primären Tuberkulose der Magenschleimhaut. Tuberkulose des oberen Traktes der Aufnahmeorgane kommt bei hochgradiger allgemeinen Erkrankung häufig vor; primär erkranken sie trotz der leichten Zugänglichkeit des Tuberkelerregers äußerst selten. Primäre Tuberkulose des Ösophagus kommt nicht vor, wohl aber ist selbstständige Milztuberkulose nachgewiesen. Doch ist gerade hiebei größte kritische Vorsicht notwendig. Schröter durchmusterte am Ende seines Vortrages Organ für Organ mit Beziehung auf deren primäre tuberkulöse Erkrankung. Über die Entscheidung des Primärcharakters der Tuberkulose wird noch bis auf lange Zeit hin der pathologische Anatom und nicht der Kliniker gehört werden müssen. Diese Ansicht von Schrötter stieß jedoch im Verlaufe der Diskussion auf Widerspruch. Die Anschauung, nach welcher die Einatmungswege weitaus die häufigsten für den bazillären Eindringling in unseren Organismus sind, fand während der Diskussion eine ziemlich allgemeine Zustimmung.



Frau Rabbinowitsch berichtete über einige interessante Tierversuche mit Tuberkelkulturen, die in die Mägen der Tiere eingeführt waren. Schon nach 22 Stunden konnten Tuberkelbazillen im Blute und in anderen Organen der Versuchstiere nachgewiesen werden.

Die Diskussion hielt sich lange Zeit innerhalb rein theoretischer Grenzen. A. Baginski lenkte sie auf das praktische Gebiet hin und stellte dahin fest, daß es darauf ankomme, die theoretischen Forschungsergebnisse in die Praxis einzuführen, um auf diese Weise der Tuberkulose beim Menschen einigermaßen Herr werden zu können. Hier tritt der beobachtende praktische Arzt in seine wohlerworbenen Rechte. Es kommt vor allem darauf an, die Verbreitung der Tuberkulose zu verhindern, denn diese Krankheit wird von Mensch auf Mensch übertragen. Hier einzugreifen ist Hauptaufgabe der medizinischen Prophylaxe. Nach diesem Intermezzo schlug die Diskussion wieder in ihre ursprünglichen Bahnen zurück.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Die Einrichtung und Aufgaben des neuen Prostituiertenpavillons der Hautklinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. Von Hubner.

Eine Musterstätte für ähnliche Anstalten, die zur Aufnahme der von seiten der Polizei als geschlechtskrank zur Zwangsheilung zugewiesenen weiblichen Personen dienen, soll dieser neue Pavillon sein. Die Prostituiertenabteilungen der Krankenhäuser haben bis jetzt immer etwas kerkerhaftes an sich, weshalb sie nicht freiwillig aufgesucht und gerne wieder verlassen werden. Hier dagegen sind helle, hohe und freundliche Räume, mit allem Komfort ausgestattet, so daß schon äußerlich die Kranken fühlen, daß man sie nicht als Parias der Gesellschaft betrachten will. Nach der detaillierten Beschreibung sind die verschiedenen Räume modern und der ärztlichen Anforderung entsprechend eingeteilt, separate Behandlungs-, Operations-, Bade- und Krankenräume, endlich wissenschaftliche Arbeitsräume. Gerade letztere sollen entsprechend den neuesten bakteriologischen und serologischen Errungenschaften auf dem Gebiete der Lues und Gonorrhoe das vorliegende Krankenmaterial ausgiebig bearbeiten. Die schlechten Erfolge auf dem Gebiete der Therapie der Prostituierten, die ewigen Rezidiven sind auf die Mängel der Diagnose und die daraus resultierende minderwertige Therapie zurückzuführen. Nur eine mit einem modernen Laboratorium verbundene Station für Geschlechtskranke wird Erfolge aufzuweisen haben. Endlich kommt Verf. auch auf die menschliche Seite einer solchen Anstalt zu sprechen. Er widerspricht der landläufigen Ansicht von der Unbekehrbarkeit der Dirnen. Er zitiert bedeutende Männer, die zu der Ansicht kamen, daß auch diese Geschöpfe nach anständiger Behandlung lechzen und dem Arzte Dank wissen, der sie als Menschen betrachtet und behandelt. Er schließt mit den Worten Goethes:

Alle menschliche Gebrechen
Heilet reine Menschlichkeit.

(Münch. med. Wochenschrift 1908, Nr. 8.)

*

Über eine neue Quecksilberinhalationskur bei Syphilis. Von Kromayer.

Verf. hat eine Maske angegeben, welche mit einer mittels Quecksilber imprägnierten Mullage von bestimmtem Quecksilbergehalt (8—16 *g* pro Maskenbezug) überspannt ist. Die Harnuntersuchungen ergaben, daß reichlich Quecksilber aufgenommen wird, die klinischen Erfolge waren zufriedenstellende, rascher als bei Schmierkur, langsamer als bei Injektionen. Die Inhalationskur wird 30—35 Nächte angewendet, wobei 3—4 Masken verbraucht werden und erwies sich als eine bequeme, sichere und unauffällige Behandlung. Mehr als 150 Fälle machten diese Kur durch. (Berlin. klin. Wochschr. 1908, Nr. 8.)

*

Zur Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe. Von Miropolsky.

In 24 mikroskopisch sichergestellten Fällen führte Verf. die Abortivkur mit Albargin durch. Zuerst wurde Glans und Präputium mit Sublimat 1 : 1000 desinfiziert, dann mit einer ganz gewöhnlichen Tripperspritze destilliertes Wesen injiziert, endlich eine Lösung von Albargin 1·0, alypin. nitr. 0·1, Aqu. destil. 1000·0 mittels einer 150 *cm³* fassenden großen Spritze eingespritzt und zwar das ganze Quantum jedesmal. Die Reaktion der Harnröhre war objektiv und subjektiv gering. Acht Fälle gelangen, 16 Fälle nicht. Unter den letzteren waren in vier Fällen alte Infektionen vorangegangen. Daher kommt Miropolsky zu dem Schlusse, daß ein Erfolg nur bei erstmaliger Infektion zu erwarten sei, dagegen müsse man bei Mißerfolgen nach alten gonorrhoischen Herden forschen. (Zeitschrift f. Haut- u. Geschlechtskr. [russisch] 1907, Nr. 7.)

*

Diagnose und Therapie der akuten Cholezystitis. Von Privatdoz. Dr. Ludwig Arnsperger. (Schluß.)

Das Übergreifen des Prozesses auf die großen und Fortschreiten nach den kleinen intrahepatischen Gallengängen, die Cholangitis ascendens diffusa, bewirkt meist rasch einen schwer septischen Allgemeinzustand, hohes Fieber, Somnolenz, Schüttelfröste und natürlich zunehmenden Ikterus. Der Ikterus ist in der Regel aber bei jedem sich auf einige Tage ausdehnenden Anfall akuter Cholezystitis vorhanden, auch ohne daß eine besonders schwere Erkrankung vorzuliegen braucht. Auch kann es der Ausdruck eines „erfolgreichen“ Anfalles (Riedel) sein, bei dem der Verschlußstein den Zystikus passiert hat. In solchen Fällen soll man nach Kehr nach Möglichkeit nicht operieren, da die Wahrscheinlichkeit besteht, daß die Naturkräfte den Stein, der ja dann nicht sehr groß sein kann, auch noch weiter in das Duodenum herausbefördern können.

Die Entscheidung, ob es sich um einen derartigen akuten Choledochusverschluß durch Stein handelt, oder um eine aszendierende Cholangitis, ausgehend von der akuten Cholezystitis kann sehr schwierig sein; ausschlaggebend für unser Handeln ist dann eine genaue Beobachtung und die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes des Kranken.

Haben wir uns in solcheh schweren Fällen von akuter Cholezystitis zur Operation entschlossen, so steht der Chirurg vor der Wahl, welcher Operationsmethode er den Vorzug geben soll. Zystostomie oder Zystektomie?

Wie wir bei der Appendizitis uns, wenn irgend möglich, nicht mit der Inzision der Abszesse begnügen, sondern das unheilstiftende, entzündete Organ mit entfernen, so ist auch bei der akuten Cholezystitis die Zystektomie jedenfalls die rationellste Methode. Die Zystostomie entleert zwar den Eiter aus der Gallenblase, sie beseitigt die lebensgefährliche Spannung des Organes, häufig aber gelingt es nicht, den tiefsitzenden, eingekeilten Verschlußstein zu entfernen und die in der Gallenblasenwandung sitzende Phlegmone zu bekämpfen. So ist ja wohl die einfache Inzision und Drainage der entzündeten Gallenblase der leichtere Eingriff, der rasch, nötigenfalls unter Lokalanästhesie ausgeführt werden kann; demgegenüber ist die Gefahr des Fortschreitens der Entzündung, besonders wenn der Zystikusstein nicht entfernt werden konnte, viel größer, ein genaues Absuchen der Gallenwege zur Entfernung aller Steine kaum möglich und daher in den meisten Fällen infolge zurückbleibender Fisteln oder übersehener Steine die nachträgliche Exstirpation der Gallenblase nötig.

Wir empfehlen daher, wenn man überhaupt genötigt ist, im Anfall zu operieren, die radikale Operation: Die Zystektomie.

Die Operation im Anfalle ist oft überraschend leicht: die frischen Adhäsionen sind viel leichter löslich, als bei dem chronischen Empyem; die große Gallenblase bietet bei der Auslösung eine gute Handhabe. Manchmal kann infolge der entzündlichen Hyperämie eine etwas stärkere Blutung aus dem Leberbett eintreten. Das Wundbett läßt sich leicht und sicher



drainieren, während bei der einfachen Zystostomie manchmal gerade die Drainage tiefliegender pericholezystitischer Abszesse Schwierigkeiten macht. In den Fällen, in denen der Prozeß noch auf Gallenblase und Zystikus beschränkt ist, genügt es, den Zystikus unterhalb des Verschlußsteines einfach zu ligieren. Besteht intensiverer Ikterus oder ist Verdacht auf einen Choledochusstein oder eine aszendierende Cholangitis, dann muß der Choledochus eröffnet und der Hepatikus drainiert werden. Dadurch wird natürlich die Operation verlängert und kompliziert; in den meisten Fällen kommt man mit der einfachen Zystektomie aus.

Die Heilungsdauer nach der Zystektomie bei akuter Cholezystitis ist in der Regel auch nicht länger als bei den Operationen im Intervall. In einem der letzten Fälle wurde die 63jährige Patientin, bei der in schwerstem Krankheitszustand die zweifaustgroße, an einigen Stellen schon gangränöse Gallenblase mit dem einzigen im Anfangsteil des Zystikus fest eingekeilten, kaum linsengroßen Stein entfernt wurde, am 18. Tage nach der Operation mit völlig geschlossener Bauchwunde, ausgezeichnet erholt entlassen. Auffällig ist, daß fast bei allen Fällen trotz der Ligatur des Zystikus nach einigen Tagen Galle in den Verband lief. Es beruht dies wohl auf einer Abschwellung des entzündeten Zystikusstumpfes, wodurch die Ligatur desselben undicht wurde. Nachteile wurden indessen davon nie beobachtet, der Gallenfluß sistierte meist nach wenigen Tagen spontan.

Bei der Durchsicht seiner Krankengeschichten fand A., daß die akute Cholezystitis, als „erster Anfall", auffallend häufig in der Wochenbettsperiode, einige Male schon in der Gravidität auftrat.

Die Erklärung für den Zusammenhang mit der Gravidität liegt wohl in der Lageveränderung der Abdominalorgane und der Abflußbehinderung der Galle durch den vergrößerten Uterus. Die Deutung des häufigen Auftretens im Wochenbett ist nicht so einfach; möglicherweise spielen hier doch hämatogene Infektionen von den Genitalien aus eine größere Rolle.

Die Tatsache des Zusammenhanges der Gallensteinkrankheit mit Schwangerschaft und Wochenbett besteht wohl sicher und bildet vielleicht mit die Ursache des so viel häufigeren Auftretens der Gallensteinerkrankung bei der Frau, speziell bei Frauen, die geboren haben. (Mediz. Klinik Nr. 11.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 8. Mai 1908.

Oskar Föderl empfiehlt bei der Amputatio penis statt des Zirkelschnittes einen Ovalärschnitt, der, von dem für die Drüsenexstirpation über der Symphyse geführten Bogenschnitt mit einem Medianschnitt beginnend, den Penis umkreist. Von diesem Ovalärschnitt aus wird die Haut abpräpariert, so daß der Penis mit dem dorsalen Lymphstrang, dessen Fortsetzung über der Symphyse und in Kontinuität mit den inguinalen Lymphdrüsengruppen als geschlossener Tumor entfernt werden kann. (Demonstration von Patienten und Präparaten.)

Wilhelm Latzko operiert Klitoris- und Vulvakarzinome nach einer analogen Methode und ist mit den Resultaten, auch was die Rezidive betrifft, sehr zufrieden.

Friedrich Schauta wendet eine ähnliche Operation schon seit vielen Jahren an, indem er bei Karzinom der Vulva dieses in breiten Streifen bis hinauf über die Inguinalgegend umschneidet und das gesamte Gewebe, Drüsen, Lymphgefäße und den Karzinomknoten im Zusammenhange entfernt.

Latzko demonstriert einen Säugling, der an seinem linken Scheitelbeine einen zwanzighellerstückgroßen, bis auf das Periost reichenden Defekt der Knochenschwarte hat, der durch Druck gegen das Promontorium eines engen Beckens zustande gekommen ist. Anschließend daran bespricht er das Verfahren, durch welches es gelang, in diesem Falle ein lebendes Kind zu gewinnen. Es handelte sich um ein plattes Becken mit einer Conjugata vera von etwa 8 *cm*. Nachdem die Geburt bereits durch 22 Stunden im Gange war, die Temperatur 37·5° erreicht hatte, war es klar, daß auf natürlichem Wege die Geburt eines unverkleinerten Kindes bei den bestehenden Beckenverhältnissen höchstwahrscheinlich nicht zu erwarten sei. Als Operation kam Symphyseotomie, Hebosteotomie — oder der Kaiserschnitt in Betracht.

Latzko machte den letzteren in Anlehnung an ein Verfahren, das Fritz Frank (Köln) als „suprasymphysäre Entbindung" in die Geburtshilfe eingeführt hat.

Frank will vor allem die Infektion des Peritoneums beim Kaiserschnitte dadurch ausschalten, daß die Eröffnung des Uterus erst nach definitivem Schlusse der Peritonealhöhle vorgenommen wird und daß die Uteruswunde auch später nicht in die Bauchhöhle sieht. Sein Operationsverfahren ist ein transperitoneales und gestaltet sich folgendermaßen:

1. Steile Beckenhochlagerung;
2. quere Durchtrennung von Haut und Muskeln 2—3 *cm* oberhalb der Symphyse;
3. quere Durchtrennung des Peritoneum parietale oberhalb der Blase;
4. quere Spaltung des lockeren Peritoneums über dem unteren Uterinsegmente;
5. Vernähung der beiden Peritonealblätter, so daß ein vollständiger Abschluß der Bauchhöhle erfolgt;
6. quere Inzision des unteren Uterinsegmentes zwischen den Peritonealrändern und der Entwicklung des Kindes;
7. je nachdem es sich um reine oder infizierte, respektive zweifelhafte Fälle handelt, Naht der Uterus- und Bauchwunde oder Tampondrainage des Uterus durch die offen gelassene Bauchwunde.

Redner hat nun versucht, einen Weg zu finden, der bei technischer Einfachheit sicher eine extra-, nicht transperitoneale Eröffnung des Uterus gestattet. Sein Vorgehen in dem demonstrierten Falle war folgendes: Füllung der Blase mit 150 *cm*³ Flüssigkeit; Längsschnitt durch die Linea alba bis zum Peritoneum; Auseinanderziehen der Musculi recti; die oberhalb der Symphyse liegende schlaffe Blase wird von rechts her von der Zervix stumpf abgelöst, mit einem Bauchspatel nach links gezogen; nach unten schafft die Ablösung der Blase, nach oben die der lockeren Serosa genügenden Raum, um Zervix und unteres Uterinsegment der Länge nach zu spalten. Nach Entwicklung der Frucht und der Plazenta wird die Uteruswunde vernäht; die losgelassene Blase sinkt spontan an ihren Platz und nach Schluß der Bauchdecken sind die normalen anatomischen Verhältnisse wieder hergestellt.

Karl August Herzfeld erinnert daran, daß die relative Indikation des Kaiserschnittes eine Operation sei, die nicht von mütterlicher Seite, sondern im Interesse des Lebens des Kindes indiziert ist. Man habe daher nur bloß dann das Recht, diesen Eingriff auszuführen, wenn man ihn für die Mutter möglichst ungefährlich gestalten kann. Und da spielt die Asepsis des Geburtsschlauches die größte Rolle. Ist die Aseptik keine absolut sichere, so ist die beckenerweiternde Operation indiziert. Ist diese undurchführbar, dann bleibt die Kraniotomie das ultimum refugium und wird es bleiben, weil wir kein Recht haben, wegen der Erhaltung des Lebens des Kindes — die mitunter zweifelhaft ist — die Mutter zu großen Gefahren auszusetzen. Diese Gefahren werden durch die Franksche Operation nicht umgangen. Wohl wird bei ihr die Peritonealhöhle möglichst gegen Infektion vom Genitalschlauche geschützt, dagegen wird jedoch das Beckenzellgewebe in möglichst großer Ausdehnung eröffnet und die Folgen einer Infektion von seiten des nicht aseptischen, eröffneten Geburtsschlauches sind nahezu so große, wie die einer Peritonitis. Außerdem ist bei nicht aseptischen oder gar bei infiziertem Geburtsschlauche die Gefahr der Eröffnung desselben gegen die Umgebung eine um so größere, je tiefer unten am Geburtsschlauche die Eröffnung erfolgt. Schließlich halte er auch die Eröffnung und Naht am unteren Uterin-



segmente für bedenklich im Hinblicke auf nachfolgende Geburten. Beim engen Becken ist die Entfaltung des unteren Uterinsegmentes eine sehr rasche und da ist doch die Narbe nicht ungefährlich. Hingegen hält beim konservativen Kaiserschnitte die Narbe in der Untermuskulatur auch wiederholter Geburtstätigkeit stand. Ob dies auch bei der Naht am unteren Uterinsegmente der Fall ist, dafür fehlt uns derzeit noch jede Erfahrung.

Latzko glaubt, daß Herzfeld die Basis der Diskussion verschoben habe. Er habe nicht von einer Konkurrenz der extraperitonealen, suprasymphysären Entbindung mit der Perforation des lebenden Kindes bei infizierten Fällen gesprochen, sondern nur von einer Konkurrenz dieser Operation mit dem klassischen Kaiserschnitte und den beckenerweiternden Operationen. Für die Fälle, wo eine strenge Asepsis vorausgesetzt werden kann, eigne sich sein Verfahren. Auch ist die Infektionsgefahr einer drainierten Zellgewebswunde wesentlich geringer, als die der eröffneten Bauchhöhle. Was die Gefahr der Uterusruptur bei einer folgenden Geburt betrifft, so liegen ausreichende Erfahrungen von der Sectio caesarea vaginalis her vor, nach welchen wir keineswegs besondere Befürchtungen zu hegen brauchen.

Schauta steht noch immer auf dem Standpunkte, daß das Leben der Mutter unbedingt höher zu stellen ist, als das des Kindes. Aber es ist seit Jahren unser Streben dahin gerichtet gewesen, diese Fälle auf das äußerste zu beschränken. Deshalb haben wir auch die Pubeotomie oder Hebosteotomie auf das freudigste begrüßt, weil diese Operationen uns in die Lage versetzen, die Perforation des lebenden Kindes immer mehr und mehr auszuschalten. In Fällen aber, in denen die Frau infiziert zur Geburt kommt, ist sowohl die Sektio caesarea als auch die Hebosteotomie so gefährlich, daß man nicht das Recht hat, sie auszuführen und einzig und allein, um ein lebendes Kind zu erhalten. Über die verschiedenen Methoden der extraperitonealen Sectio caesarea habe er keine eigenen Erfahrungen, da er diese Methoden nicht erprobt hat, hauptsächlich deshalb, weil er nicht gerne im Bereiche des unteren Uterussegmentes operiere und zwar wegen seiner Dünnheit, starker Vaskularisation und Infektionsgefahr. Wenn Latzko den Schnitt bei seiner Methode der extraperitonealen Sectio caesarea mit dem Schnitt bei Sectio caesarea vaginalis vergleicht, so glaube Sch. nicht, daß dieser Vergleich zutrifft, denn bei Sectio caesarea vaginalis wird nur die Zervix in der vorderen Wand längs gespalten, in das untere Uterussegment reicht der Schnitt nur wenige Millimeter, während bei der Sectio caesarea, wie sie als extraperitoneale ausgeübt wird, der Schnitt wohl fast ausschließlich das untere Uterussegment treffen muß.

Latzko bemerkt noch weiters, Schautas Voraussetzung, daß der Schnitt bei dieser Operation weiter in das untere Uterinsegment hineinreiche, als beim vaginalen Kaiserschnitt, entspreche nicht den tatsächlichen Verhältnissen. Der Schnitt spaltet die vordere Zervixwand median nach abwärts, wenn man will bis zur Vagina, wie er unter Umständen — bei nicht sicher reinen Fällen — empfehlen möchte, bis in die Vagina hinein, um das Cavum Retzii per vaginam drainieren zu können. Er betont nochmals, daß er seine Operationsmethode nicht für sicher infizierte Fälle empfehle.

Schauta hebt nochmals ganz besonders hervor, daß bei der extraperitonealen Sectio caesarea das Beckengewebe viel eher der Infektion ausgesetzt sei, als bei der Hebosteotomie, zumal da bei der extraperitonealen Methode der Sectio caesarea das Beckenzellgewebe mit dem Inhalte des Geburtskanales in Berührung kommen müsse, wobei eine Infektion bei infektiösem Inhalt des letzteren unvermeidlich sei. Und was die Bedeutung der Narbe im unteren Uterinsegment bei späteren Geburten betrifft, so könne er nicht glauben, daß diese Narbe so ganz gleichgültig ist.

Latzko bemerkt noch, daß es sich wohl im äußersten Falle um den Einriß einer medianen, extraperitonealen Zervixnarbe handeln könne.

O. E. Schulz (als Gast) demonstriert ein Lipoma arborescens genu bei einem 19jährigen Bauernmädchen. Der Röntgenbefund ist folgender: Nach Aufblähung des Gelenkes mit O. nach Werndorff-Robinsohn zeigt sich folgender Befund: Vom abgehobenen Lig. patell. propr. erstreckt sich gegen das Gelenk, unterhalb der Patella ein etwa daumenendgliedgroßer Schatten, der namentlich an jenen Stellen, wo er mit dem Schatten der Kondylen des Femurs sich deckt, deutlicher hervortritt. Diesen Schatten deutet Sch. als ein Lipoma arborescens genu. Was die Therapie anbelangt, kann man neben einer konservativen Behandlung Alkoholeinspritzungen versuchen, in unserem Falle aber wird man sich wohl wegen der langen Dauer des Leidens (zwei Jahre) zu einer Eröffnung des Gelenkes und Exstirpation des Lipoms von einem parapatellaren Schnitte, wie ihn auch Büdinger zur Exstirpation der Arthrophyten verwendet, entschließen.

Ferdinand Alt demonstriert ein neunjähriges Mädchen, bei welchem er vor zirka zwei Jahren zur Behebung einer rechtsseitigen Fazialislähmung nach Nekrose des ganzen Labyrinths eine Anastomose zwischen Nervus hypoglossus und nervus facialis anlegte. Radikaloperation der Mittelohrräume rechts vor zwei Jahren, wobei das ganze knöcherne Labyrinth als Sequester herausgehoben wurde. Unmittelbar nach der Operation vollkommene Lähmung des rechten Fazialis, da ein mehrere Zentimeter langes Stück des Nervus facialis mit dem Labyrinthsequester entfernt wurde. Vor der Operation bestand nur eine leichte Parese des Fazialis in allen Ästen. Redner bespricht die Technik der Operation und zeigt an dem Kinde das auffallend günstige Resultat derselben.

Ottfried Fellner. Über Menstruationstheorien. Redner ist der Ansicht, daß die Born-Fränkelsche Menstruationstheorie verlassen werden muß, weil unmöglich das Ovarium die allmählich zunehmende Blutdrucksteigerung im Intervalle verursachen kann. Die Blutung bei der Menstruation wird jedenfalls durch das Ovarium angeregt. Doch kommen hier auch andere Drüsen in Betracht. Die Ergebnisse hinsichtlich der Wellenbewegung nach Exstirpation des Uterus, der Ovarien oder beider Organe lehren, daß das Ovarium ein entgiftendes Organ ist. Es dürften daher die Stoffwechselvorgänge im Körper die Ursache der allmählich zunehmenden Blutdrucksteigerung sein, auf welche das Ovarium mit seiner entgiftenden, blutdrucksenkenden Sekretion antwortet. Weiters muß man annehmen, daß beim geschlechtsreifen Weibe ein Plus von blutdrucksteigerndem vergiftenden Sekret geliefert wird. Fellner ist nun der Ansicht, daß möglicherweise dieses Plus der Uterus auf dem Wege der inneren Sekretion liefert. Er sucht dies durch zahlreiche Erfahrungstatsachen, insbesondere durch die größere Zahl der Ausfallserscheinungen bei Belassen eines Teiles des Uterus zu erweisen. Fellner zeigt ferner, daß die Myomovarien histologisch Bilder einer verstärkten Sekretion aufweisen, und diese könne nur die Antwort auf eine verstärkte Sekretion des myomatösen Uterus sein. Er weist ferner auf histologische Bilder hin, die vielleicht zugunsten einer inneren Sekretion des Uterus verwertet werden könnten, auf Versuche, die tatsächlich ein im Uteruskörper befindliches Toxin aufweisen und Versuche am Manne, welche eine Abhängigkeit der Sekretion des Hodens von der Sekretion der Prostata möglich erscheinen lassen. Fellner spricht daher die Vermutung aus, daß durch die Stoffwechselvorgänge im Körper und möglicherweise auch durch die Sekretion des Uterus eine allmählich zunehmende Intoxikation des Organismus erfolgt, durch welche schließlich die Sekretion der Ovarien angeregt wird, die nicht allein die giftigen Stoffe paralysiert, sondern auch durch Erzeugung von Blutung, Sekretion nach außen und Abstoßung von Schleimhautteilen die Entgiftung des Organismus besorgen. *i. m.*



IV. Literatur.

Über klinische Prognose auf Grundlage der Antrittsvorlesung, gehalten bei Übernahme der medizinischen Klinik an der Universität Innsbruck. Für den praktischen Arzt bearbeitet von Prof. N. Ortner. Verlag W. Braumüller, Wien—Leipzig 1908.

Das vorliegende Werk Ortners hält mehr, als es im Titel verspricht. Es führt in faßlicher Form eine solche Unmenge von diagnostischen und prognostischen Erkenntnissen vor, allüberall belegt mit Beispielen aus der selbst gesammelten Erfahrung, das ganze Gebiet der inneren Medizin vollständig umfassend, daß man es direkt als Fundgrube medizinischer Feinmalerei bezeichnen darf und muß. Dabei täuscht die so fließende Sprache, die kausierende Form fast über die Tiefe des Inhaltes, so daß man beim erstenmal lesen gar nicht recht merkt, welche schwere Fülle von Wissenswertem am geistigen Auge vorüberzieht und erst am Ende angelangt. von neuem anfängt. die in so leicht verdaulicher Form gebotene, fast zu nahrhafte Kost langsam zu genießen, um sie in sich völlig aufzunehmen. Ludwig Hofbauer.

Beiträge zur chemischen Physiologie und Pathologie. Von Prof. F. Hofmeister. XI. Band. 3/4 Heft. Braunschweig, Verlag F. Vieweg & Sohn. 1908.

Das Heft enthält Arbeiten: Über die enzymatische Wirksamkeit des nicht mehr in den Darm sezernierenden Pankreas (von U. Lombroso); Die Einwirkung chemischer Substanzen auf die Zuckerabscheidung und die Azidose (von J. Baer und L. Blum); Bedeutung des Allantoins im Harnsäurestoffwechsel (von W. Wiechowsky); Nachweis der Glyoxylsäure und ihr Vorkommen im Menschenharne (von Grauström); O-Tyrosin beim Hekaptonuriker (von L. Blum); Dysoxydabler und dysoxydabler Stickstoff bei verschiedener Ernährung (von K. Spiro) und Über chemische Stellung der Guanylsäure (von Fürth und Jerusalem).

V. Aus der Praxis.

Über die Frühdiagnose des Magenkarzinoms berichtet v. Aldor in Karlsbad: Von neueren Methoden stehen folgende zur Verfügung. Erstens der von ihm angegebene Nachweis der Albumosen im Harn, der nach dem Salkowskischen Verfahren sich als einfach auszuführende Methode bewährt hat. Die Ausführung ist folgende:

„Einige Kubikzentimeter Harn säuern wir mit ein bis zwei Tropfen Salzsäure an und fügen insolange 5%ige Phosphorwolframsäurelösung hinzu, als noch Niederschlag entsteht. Nach einer kurzen Zentrifugierung erhalten wir auf dem Grunde des Reagenzröhrchens ein kompaktes Sediment, gießen die darüberstehende Flüssigkeitssäule ab und schütteln den Niederschlag mit 4—5 *cm³* absoluten Alkohols energisch durch. Nach wiederholter, stets nur einige Stunden in Anspruch nehmender Zentrifugierung erhalten wir wieder einen Niederschlag auf dem Grunde der Reagenzröhre, und der darüber stehende Alkohol zeigt je nach dem Urobilingehalte des Harnes eine gelbliche Färbung verschiedener Intensität. Das Durchschütteln mittels Alkohol und das unmittelbar darauf folgende Zentrifugieren setzen wir insolange fort, bis Alkohol und Niederschlag völlig farblos erscheinen. Selbst bei stark gefärbten Harnen genügt schon eine zwei- bis dreimalige Wiederholung dieses Vorgehens. Schließlich gießen wir den Alkohol ab, suspendieren den Niederschlag in einer geringen Menge Wasser, worauf eine mehr oder weniger intensive bläuliche Färbung auftritt, welche jedoch nach energischem Durchschütteln mit Luft vollkommen verschwindet, so daß wir das schwefelsaure Kupfer zur Hervorrufung der Endreaktion (Biuretreaktion) einer vollkommen farblosen Lösung hinzufügen.“ Die Bedeutung der Methode wird dadurch illustriert, daß auf diese Weise Albumosennachweis in 56 Fällen nur einmal bei allen Fieberkranken positiv war, während in den 5 anderen Fällen viermal Magenkrebs und einmal Bauchfellkrebs vorhanden war. Wenn also kein Fieber vorliegt, sei die Probe auf Albumosurie ein wertvolles differential-diagnostisches Hilfsmittel, das im positiven Falle zugunsten des Krebses spreche. Die zweite Probe ist von Salomon. Sie beruht auf dem Eiweißnachweis im Spülwasser des geeignet vorbereiteten leeren Magens und dem Nachweis vermehrten Stickstoffes durch die Kjedahl'sche Methode. Sie seien geeignet, ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel abzugeben. (Mediz. Klinik Nr. 3, 1908.)

VI. Notizen.

Dr. Friedrich Janeczek †. Samstag Nachmittag fand das Leichenbegängnis des Gemeindearztes von Herrenbaumgarten Dr. Friedrich Janeczek, des Präsidenten des Reichsverbandes der österreichischen Ärzteorganisationen, der die passive Resistenz der Gemeindeärzte geleitet hatte, statt. Unter den Leidtragenden befanden sich Reichratsabgeordneter Doktor Jäger namens der freien Ärztevereinigung. Am Grabe sprach der Präsident der niederösterreichischen Ärztekammer Doktor List, der Janeczeks große Verdienste um die Ärzteschaft würdigte. Dr. Skorscheban sprach namens der gemeindeärztlichen Organisationen Niederösterreichs und Dr. Gruß als Vizepräsident des Reichsverbandes der österreichischen Ärzteorganisation. „Dr. Janeczek", sagt er, „war der erste Kämpfer und der erste Sieger in dem Kampfe, welchen die Ärzteschaft gegen die Regierung führte." Reichsratsabgeordneter Dr. Jäger gelobte namens der freien parlamentarischen Ärztevereinigung, das von Dr. Janeczek begonnene Werk in seinem Sinne bei Vertretung standesärztlicher Interessen im Parlament fortzusetzen.

Wien. Dem Direktor des Krankenhauses Wieden in Wien, Regierungsrat Dr. Johann Langer, wurde anläßlich der von ihm erbetenen Übernahme in den dauernden Ruhestand der Titel eines Hofrates mit Nachsicht der Taxe, dem Abteilungsassistenten im Krankenhause Wieden in Wien, Dr. Samuel Jellinek, das Goldene Verdienstkreuz mit der Krone verliehen.

— Dr. J. Robinsohn, Vorstand des Röntgeninstitutes am Rothschildspital, Spezialarzt des Verbandes der Genossenschaftskrankenkassen Wiens (bisher IX., Lazarethgasse 20, Fango-Heilanstalt), ordiniert vom 1. Mai 1908 ausschließlich für Röntgendiagnostik und -Therapie IX., Elisabethpromenade 37 (Kuranstalt Elisabethina), Telephon 12.206. Vormittags 11—12, nachmittags 2 bis 6 Uhr.

Bonn. Aus Anlaß des 50jährigen Doktorjubiläums des o. Professors der Augenheilkunde und früheren Direktors der hiesigen Augenklinik Geh. Medizinalrates Dr. Theodor Saemisch fand in der Klinik eine Feier statt, bei der eine von früheren und jetzigen Schülern des Gefeierten gestiftete und von dem hiesigen akademischen Bildhauer Prof. Küppers ausgeführte Büste desselben aufgestellt wurde. Der gegenwärtige Direktor der Klinik Geh. Medizinalrat Prof. Kuhnt hielt die Festrede.

Kiel. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Heinrich Quincke wird am 1. Oktober sein Amt als Direktor der Medizinischen Klinik niederlegen und zugleich seine (30jährige) Lehrtätigkeit aufgeben.

Budapester Antialkohol-Kongreßbericht. Die gesamte Restauflage dieses Berichtes, der einen über 500 Seiten starken Lexikonoktavband bildet, wurde von der Buchhandlung Brüder Suschitzky in Wien X., Keplerplatz 4, übernommen und wird von ihr zum Preise von Mk. 3.50 (bisheriger Ladenpreis 7 Mk.) geliefert. Die Anschaffung des eine reiche Fülle wissenschaftlichen Materiales enthaltenden Berichtes kann jedem empfohlen werden, der die Alkoholfrage studieren will.

Die soeben erschienene Nr. 4 der **„Zeitschrift für Sexualwissenschaft"** (Dr. Magnus Hirschfeld, Berlin, enthält an erster Stelle eine Arbeit von Dr. jur. Martens über „Unzucht bei Kindern" als Interpretation des § 176 R. St. G. B. Gerade jetzt, wo die Zeitungen fast jede Woche derartige betrübende Sittlichkeitsverbrechen berichten, ist die Arbeit von Interesse. Ferner enthält die Nummer einen Beitrag aus der Feder Paolo Mantegazzas, Florenz, in welchem dieser eine neue Form der sexuellen Anomalie schildert, die er „Idiogamie" nennt. Hieran schließt sich die Fortsetzung von „Sexualpsychologie und Volkspsychologie", eine epikritische Studie zum Hardenprozeß von Dr. Magnus Hirschfeld, in welcher der Verfasser eingehend auf die Angriffe erwidert, die er nach diesem Prozesse von vielen Seiten erfahren hat. Das inhaltsreiche Heft schließt mit Buchbesprechungen von Dr. med. Kind, sowie interessanten Materialien, welche Dr. med. Iwan Bloch, Berlin, Pfarrer Schouten, Haag und Professor Caspar Wirz, Mailand sammelten.

Eine aktuelle Broschüre. Unter dem Titel Serbien und die Revolutionsbewegung in Mazedonien" ist eine Broschüre erschienen (Berlin, Verlag Willy Kraus), deren Inhalt in den politischen Kreisen des In- und Auslandes berechtigtes Interesse erregen wird. Der Verfasser Dr. Hugo Marcuse, der ein bekannter Berliner Rechtsanwalt und langjähriger Berater der Serbischen Gesandtschaft ist, dürfte auf die Zuerkennung einer gewissen Kompetenzberechtigung in der Balkanfrage schon deshalb rechnen dürfen, als er seit Jahren in Beziehungen zum serbischen Königshause und den leitenden serbischen Staatsmännern steht und auch mit dem Fürsten von Montenegro, als Übersetzer von dessen nationalem Drama „Balkanzarin" in Fühlung steht. Offenbar stand dem Verfasser ein sonst keinem Privaten zugängliches Aktenmaterial zur Verfügung und enthält sein Buch in seinem zweiten Teil „Ein blutiges Jahrzehnt", eine Aufzählung der schauerlichen Vorgänge der mazedonischen Wirren von 1897—1907. Jedoch können wir dem Autor in einem wichtigen Punkte nicht beistimmen. Österreich hat wirklich andere Sorgen, als auf dem Balkan auf andere als wirtschaftliche Eroberungen auszugehen und zu seinen zwei Dutzend Nationalitäten sich noch ein halbes Dutzend zu erwerben. Österreichs Ziel, aber auch natürliche Pflicht, ist die wirtschaftliche Eroberung des Balkan und die Erhaltung des politischen Gleichgewichtes. L. B. J.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Feck, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Feck** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 23. Wien, 6. Juni 1908. **Nr. 23.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Das Rätsel der Genickstarre.

Von **Dr. Meyer** in Bernstadt, Sachsen-Altenburg.

(Fortsetzung.)

Es erhebt sich nun die Frage: Wodurch entstehen überhaupt Hyperämien gewisser Bezirke, speziell der Schleimhäute? Einmal durch auffallende direkte Reize chemischer und physikalischer Art und zum anderen auf reflektorischem Wege. Bekannt ist in letzter Hinsicht z. B. die Entstehung eines Schnupfens oder Bronchialkatarrhs in Folge Erkältung der Füße. Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß gewisse, dem Körper zugeführte oder im Körper gebildete Stoffe entweder auf reflektorischem Wege oder durch direkte Ablagerung an gewissen Stellen Entzündungserscheinungen bewirken. Bekannt ist in dieser Beziehung der sogenannte Jodschnupfen, bei dem man vergeblich nach einem bazillären Erreger suchen würde, ebenso die geradezu als Leptomeningitis bezeichneten und mit rasenden Kopfschmerzen einhergehenden Zustände im Anschluß an eine Alkohol-, Nikotin- oder Kohlenoxydvergiftung. In neuerer Zeit hat man erkennen können, daß auch vom Darme ausgehende Vergiftungen (sogenannte Autointoxikationen) eine ganz besonders schwere Beteiligung der Gehirnhaut, welche unter wütenden Kopfschmerzen, Injektion der Bulbi, klopfenden Schläfen und gerötetem Kopf einherzugehen pflegt, bewirken.

Alle die erwähnten, als Vergiftungen zu bezeichnenden Einwirkungen haben nun das Gemeinsame, daß bei ihnen 1. keine direkte Reizung der Gehirnhäute vorliegt und 2. daß sie sämtlich das völlige anatomische Bild einer im Entstehen begriffenen Gehirnhautentzündung darbieten. Man hat deshalb einzelne derartige Fälle, wie erwähnt, geradezu als leichte Hirnhautentzündung (Leptomeningitis) bezeichnet.

Weshalb nun gerade die weichen Gehirnhäute und nicht andere Organe von der Entzündung betroffen werden, erscheint auf den ersten Blick nicht klar. Vergegenwärtigen wir uns aber die Bestimmung der Gehirnhäute als Schutzorgan für das darunter liegende Gehirn, so kommen wir zu folgenden Ergebnissen: Die Hirnhäute sind ebenso wie die serösen Häute der Brust- und Baucheingeweide (Brustfell, Herzbeutel, Bauchfell) nicht bloß einfache Bedeckungen, sondern wir dürfen mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß sie auch einen vorläufig unerforschten, reflektorisch einwirkenden, regulatorischen Einfluß auf die Blut- und Lymphzufuhr zu den von ihnen beschützten zarten Organen haben, dergestalt, daß eine Erhöhung des arteriellen Druckes oder der venösen beziehungsweise lymphatischen Stauung an ihnen, gleichsam als Sperrforts abprallt, wodurch dann die geschützten Organe vor einer jähen Durchblutung, Lymphstauung und dadurch ermöglichter Überschwemmung mit Giften — ganz abgesehen von der rein mechanischen Störung durch vermehrten Flüssigkeitsdruck — bewahrt werden. Die serösen Häute erkranken dann, wie ich an anderer Stelle*) bereits dargelegt habe, lieber selbst durch entzündliche Anschoppung, als daß sie ihren Schützling preisgeben.

Eine solche reflektorisch beeinflußte, automatisch wirkende Sperrvorrichtung erscheint namentlich beim Gehirn angebracht, weil sein zarter und auf das Empfindlichste eingestellter Mechanismus schon bei einmaliger, geschweige bei mehrmaliger Störung physikalischer oder chemischer Art lahmgelegt werden müßte.

Wir dürfen deshalb annehmen, daß das Gehirn plötzliche Änderungen des Flüssigkeitsdruckes ebenso selten erhält als Überflutung mit Giften, und daß, wo beide sich trotzdem nach Durchbrechen der Schranken ihren Weg bahnen konnten, der Zusammenbruch des Nervenzentrums die Folge war. Wir sehen deshalb, daß Blutdruckänderungen im Verlaufe zahlreicher Krankheiten das Gehirn verhältnismäßig freilassen und daß Alkohol-, Nikotin-, Kohlendunst- und Darmtoxinvergiftungen das Gehirn zumeist nur in nicht lebensgefährlicher Weise beeinflussen, daß aber nach einem gewissen, möglicherweise individuell verschiedenen Übermaß der Einwirkungen hier bei Gefäßleiden das schließliche Gehirnödem, Blutextravate, Kohlensäurevergiftungen usw. und dort bei Gifteinwirkungen Lähmungen der zarten Gehirnganglien eintreten.

Eine nur einmalige, mäßige und vorübergehende Einwirkung physikalischer oder chemischer Art auf den Sperr

*) Die Blinddarmentzündung. Verlag O. Gmelin, München 1907.



mechanismus der Hirnhäute scheint diese über das Stadium einer gewissen venösen Hyperämie nicht hinauskommen zu lassen, wie zahlreiche geheilte Fälle des täglichen Lebens erweisen. Treten die Einwirkungen in Pausen und öfters auf, so spricht man schon von einer Leptomeningitis, die auch wieder vorübergehen kann. Häufen sich aber die Insulte in geringen Intervallen, ohne daß es zu einem Durchbruch der Schranken kommt, so zeigen sich entzündliche und bindegewebige Auflagerungen. Das bekannteste Beispiel hiefür ist die sogenannte Pachymeningitis cervicalis hypertrophica der Säufer. Hat aber die Einwirkung eine gewisse Ausdehnung oder Dauer erreicht, so geht die ursprüngliche Hyperämie in die Entzündung und schließliche Eiterung über.

Eine solche Erkrankung ist nun, wenn wir von den Fällen der Fortleitung einer bestehenden Eiterung und zunächst auch der tuberkulösen Meningitis absehen, die vulgäre, häufig als epidemisch bezeichnete Genickstarre. Wir finden hier, daß eine anfängliche Blutüberfüllung mehr oder weniger schnell in Entzündung mit seröser Ausschwitzung und, falls in diesem Stadium nicht rasch Stillstand geboten werden kann, in die tödliche Eiterung übergeht.

Die Vermutung, daß es sich bei dieser Einwirkung um eines der häufigen bekannten Gifte handeln müsse, wird nahezu zur Gewißheit, wenn wir die einzelnen Fälle genauer analysieren.

Kohlendunst-, Alkohol-, Nikotin- usw. Vergiftung ist bei den häufigen Erkrankungen der Kinder in der Regel auszuschließen, wohl aber läßt sich in allen Fällen ein mehr oder minder ausgesprochenes Darniederliegen der Verdauungstätigkeit schon in den äußerlich sichtbaren Zeichen der belegten Zunge, des foetor ex ore, der Appetitlosigkeit und Stuhlträgheit konstatieren.

Beim Jünglingsalter und ganz besonders bei dem auffallend häufig betroffenen Militär kommen außer einer ständig nachzuweisenden und beim Militär ganz besonders häufigen Obstipation (vergl. Verf. Schrift: Ist der Typhus eine Infektionskrankheit? Fortschritte der Medizin 1905.) schon eher Alkohol- und Nikotinzufuhr, zum mindesten als prädisponierende Momente in Betracht. Hiezu mögen noch zwei weitere Schädigungen in Konkurrenz treten: einmal die für manche vom Lande kommenden, des Fleischgenusses ungewohnten Mannschaften schädliche ständige Fleischzufuhr wegen ihrer die Darmbewegung verlangsamenden und Harnsäurebildung verursachenden Nachteile, und zweitens gewisse, sich aus dem engen Beisammenwohnen und namentlich Schlafen vieler Menschen ergebenden gesundheitlichen Schädigungen. Worin diese bestehen, ist zurzeit noch unerklärt. Während die einen eine Abnahme des Sauerstoffes und Zunahme der Kohlensäure in der Atmungsluft annehmen, widersprechen andere dieser Annahme und halten von dem Vorhandensein eines flüchtigen Giftes, des sogenannten Anthropotoxin. Diese Annahme dürfte wohl die richtige sein, und ebenso wie nachgewiesenermaßen Körpergifte in großer Verdünnung durch den Blutstrom an gewissen Stellen Molekularveränderungen des Körperprotoplasmas bewirken, ist es in hohem Grade wahrscheinlich, daß gewisse, durch die Haut- und Lungenatmung ausgeschiedene verbrauchte Stoffe, sobald sie wieder eingeatmet werden und in den Kreislauf gelangen, eine ähnliche schädliche Einwirkung zeigen. Verfasser hat noch nie eine Mannschaftsstube beim Militär betreten, hat sich aber sagen lassen, daß es starker Nerven bedürfe, um morgens in einer vollbesetzten Mannschaftsschlafstube eine Ohnmachtsanwandlung und Brechneigung zu unterdrücken. Stellen wir uns nun vor, daß in einem Kasernement einige nicht besonders taktfeste bei einer vielleicht durch Alkohol und Nikotin gegebenen und durch Darmgiftbildung unterhaltenen Prädisposition eine ständige Zufuhr durch ein — zunächst unbekanntes — gasförmiges Gift erleiden, so brauchen wir für das Zustandekommen entzündlicher Vorgänge an der Gehirnhaut nicht nach anderweiten Ursachen, am aller-

Feuilleton.

Türck und Czermak.

(Schluß.)

Das häufige Vorkommen der peripheren Lähmungen wurde schon gelegentlich ihrer vielfachen Beziehungen zu Erkrankungen anderer Organe, namentlich jenen des Mediastinums besprochen, Verwundungen der verschiedensten Art, nicht nur direkte, sondern wegen des eigentümlichen Verlaufes auch solche fernabliegender Organe, können sich durch Erscheinungen am Larynx äußern, und wenn ich Sie nun noch daran erinnere, daß Alkohol, Tabak, Silber, Blei, Jod nach ihrer Einnahme in den Organismus im Larynx ihre Spuren mit deutlichen Kennzeichen zurücklassen, so sehen Sie, daß ich berechtigt war, zu sagen, daß der Kehlkopf an der ganzen Pathologie unseres Körpers teilnimmt, demnach die Wichtigkeit einer gründlichen Untersuchung dieses Organes also mit Hilfe des Spiegels klar hervortritt. Andererseits aber zeigt sich, daß man in der Laryngologie nur Tüchtiges leisten kann, wenn dieselbe in inniger Beziehung mit der ganzen übrigen Medizin betrieben wird. Das mit dem Spiegel erhaltene Kehlkopfbild kann das Signal zu einer genauen diagnostischen Durchforschung des übrigen Organismus abgeben.

Die junge Laryngoskopie hat von den alten Disziplinen viel entnommen, sie ist aber reiche Geberin geworden. Die Namen jener beiden Männer, die wir heute feiern, sind somit auf das innigste mit einer Disziplin verbunden, welche sich in würdigster Weise in den Rahmen des in anderen Fächern Geleisteten einreiht.

Man kann wohl sagen, daß sich durch die Spiegeluntersuchung die früher so sehr vernachlässigte Nase zu einem Organe ersten Ranges erhoben hat; aus der Rhinoskopie wurde sehr bald eine Rhinologie, in der Tat ein neuer und bereits schön ausgebildeter Wissenszweig.

Wenn auch schon Wilde in Dublin anfangs der Dreißigerjahre des vorigen Jahrhunderts den Versuch gemacht hatte, mittels eines kleinen Spiegelchens die Tubenmündungen zu sehen, so ist doch Czermak als der Begründer der Rhinoskopie zu betrachten; er hatte die Idee, die Spiegelfläche im Rachen nach oben zu kehren. So gewannen wir nicht nur für die Erkrankungen der direkt gesehenen Teile, sondern auch für die Nasenkrankheiten überhaupt, namentlich aber für die Ohrenheilkunde, dann auch für die Erkennung mancher Krankheiten des Auges höchst wichtige Bilder. Merkwürdig genug hatte man ganz vergessen, jene Methoden zu verbessern, um von vorneher in die Nase zu sehen; man verzichtete hierauf beinahe ganz und begnügte sich, die Diagnosen durch Zufühlen mit dem kleinen Finger zu machen. Erst durch die neue Untersuchungsmethode bildete sich zunächst eine Rhinoskopia posterior aus, und dann fing man an, auch der Untersuchung von vorneher eine größere, nun rasch fortschreitende Ausbildung angedeihen zu lassen. Czermak führte bereits in den unteren Nasengang einen ganz kleinen Spiegel ein, um damit die Mündung des Tränennasenkanals zu sehen, welchen er auch in dieser Weise an der Leiche zu sondieren versuchte.

Die Lehre von den nasalen Reflexneurosen, welche ebenfalls hier in Wien ihren Ausgang genommen hat, greift in manche Gebiete der Medizin ein und wurde namentlich durch ihre Beziehungen zum Asthma ein Gegenstand von besonderem Interesse. Ganz enorme Fortschritte aber erfuhr wieder die Therapie, durch die, man kann sagen, neuentstandene nasale Chirurgie. Wenn man sich an die alte Methode der grausamen Extraktion der Nasenpolypen erinnert und diese mit dem eleganten Verfahren vergleicht, wie es heute geübt wird, so muß man es geradezu als einen Kunstfehler be-

wenigsten bazillärer Natur zu suchen. Ja, wir müssen uns angesichts der geschilderten Möglichkeiten geradezu wundern, daß die Gehirnhautentzündung beim Militär nicht eine weitaus häufigere ist; wir können uns diese Erscheinung nur durch die besonderen anderweitigen Vorteile erklären, die der Militärdienst mit sich bringt.

Es wäre demnach bei vorkommenden gehäuften Gehirnhauterkrankungen nicht nach bazillären „Erregern“ und dem Modus einer Infektion, sondern nach den genannten mannigfachen Schädigungen zu suchen. Man wird dann bessere Ergebnisse hinsichtlich Erkenntnis der Ursache, Prophylaxis und Therapie aufweisen können.

(Schluß folgt.)

Über Erfahrungen mit Syr. Colae comp. Hell.

Von **Dr. I. Schmelz** in Wien, gewesener Leiter des Erholungsheimes in Breitenstein am Semmering.

Man kann wohl behaupten, daß die Vervollkommnung und Auffindung von Heilmitteln eigentlich das Interesse der Ärzte in erster Linie in Anspruch nehmen soll, und daß das Bedürfnis, diese Mitteln zu vermehren und ihre Eigenart kennen zu lernen, ein außerordentlich großes ist. Wir bezeichnen eine ganze Reihe chemischer Produkte und Substanzen als Heilmittel, aber sie verdienen erst diese Bezeichnung in der Hand des Arztes, der ihre Indikationen kennt. Nicht alles, was wir heute verordnen, ist auf streng wissenschaftlichem Wege gefunden worden, es geht aber hier wie in der Chemie und Physik und anderen Wissenschaften, daß manche empirisch aufgefundene Tatsachen in ihr Reich aufgenommen wurden und zu ihrer Entwicklung beitrugen. Es gibt für die Vervollkommnung der Heilmittel und für die Fortschritte der Heilung keine feststehenden Prinzipien, sondern die heutige Zeit läßt erkennen, daß die verschiedenartigsten Methoden benützt werden, um zum Ziele zu gelangen.

Ein solches Mittel, das zuerst empirisch erprobt wurde, sind die Kola- oder Guranüsse, die getrockneten Samenkerne von Cola acuminata, einer Sterculiacae, einem in Zentralafrika einheimischen Baume, der aber durch Kultur auch in anderen tropischen Ländern, besonders in Amerika verbreitet ist. Die Handelsware besteht meist aus den zirka 3—4 *cm* langen, dicken, eirunden, an der Oberfläche matt braunroten, im Innern hellzimmtbraunen, geruchlosen, etwas herb und bitterlich schmeckenden Kotyledonen, seltener aus ganzen Samenkernen. Die ganz frischen, noch saftigen Samen sind grauweißlich, im Innern weiß, mehlreich, färben sich an Bruch- oder Schnittflächen rasch rot, infolge Bildung eines Farbstoffes (Kolarot).

Man wurde auf die Kolanüsse zuerst durch Beobachtungen in Zentralafrika aufmerksam. Afrikareisende berichteten nämlich, daß die Eingeborenen selbst bei mangelhafter oder unzweckmäßiger Ernährung nach Genuß des Kola, die sie immer bei sich herumführen, imstande sind, die größten Strapazen zu ertragen. Daher sind die Kolanüsse in ganz Zentralafrika als Genußmittel verbreitet; sie werden gekaut und verschluckt.

Eine Erklärung für ihre Wirkungsweise, die neuerdings von R. Heinz, Erlangen, Biedert, Straßburg, und Primarius Buze bestätigt wird, bietet die Zusammensetzung der Kola. Die Kolasamen führen reichlich Koffein (2·35%) und etwas Theobromin. Außerdem ist in ihnen sehr reichlich Stärke (bis über 45%), ferner Zucker, Gummi und Gerbstoff enthalten. Sie vereinigen also die Vorzüge eines kohlehydratreichen Nahrungsmittels mit denen eines wirksamen Anregungsmittels. — Zu meinen Versuchen benutzte ich den Syrup. Col. compos. Hell.

Gegenüber einer einseitigen Richtung von Hygienikern, die nur Verständnis für Kalorien und Verbrennungswärme haben, weist v. Leyden in seinen Grundsätzen der Ernährung für Gesunde und Kranke auf die Wichtigkeit der Genußmittel hin. Ihre Aufnahme in den Körper ist für den Lebensprozeß ebenso nötig, wie die eigentlichen Nährstoffe. Die Genußmittel dienen dazu, die Ernährung erquicklich und angenehm zu machen und den Appetit zu heben. Eine richtige

---

zeichnen, wenn man noch von einem in der alten Art vorgenommenen Eingriff hört. Wertvolle Erweiterung haben unsere Kenntnisse in der Tuberkulose, der Lues, dem Sklerom, durch die Möglichkeit einer genauen Untersuchung der Nase erfahren. Die Sondierung der Nebenhöhlen stellte die Behandlung verschiedener Erkrankungen derselben auf eine viel sicherere Basis. Allerdings hat es den Anschein, daß bei manchen Operationsverfahren dem allzu großen Eifer weise Beschränkung, eine bestimmtere Indikationsstellung nicht fehlen sollte, wie ja auch schon von anderer sehr gewichtiger Seite bemerkt wurde. Freuen aber können wir uns über das Gelingen eines kühnen Vordringens durch die Nase bis an eine Hypophysengeschwulst und deren glückliche Entfernung, die in allerletzter Zeit ausgeführt wurde und schon nach acht Tagen eine Besserung der akromegalischen Veränderungen konstatieren ließ.

So sehen wir also auch hier, daß mit der Entdeckung der Rhinoskopie nicht nur diagnotische, sondern bereits weitgehende therapeutische Fortschritte eingetreten sind. Gleichwie bei der Laryngologie ist auch bei der Rhinologie ein fortwährender Kontakt nicht nur bei der Otologie, sondern auch mit allen anderen Disziplinen erforderlich. Die unbedingte Notwendigeit einer gründlichen Kenntnis anderer Untersuchungsmethoden ist es, welche den Rhinologen verhindern wird in ein einseitiges, wenn auch fein ausgebildetes Handwerkertum zu verfallen. Ich glaube, Ihnen ein gedrängtes Bild geben zu sollen, wie sich die Laryngo-Rhinologie in den ersten fünfzig Jahren ihres Bestehens entwickelt hat, aber neben den beiden großen Männern, die wir in dankbarer Erinnerung für das, was sie uns in so reichem Maße schenkten, eiern, ist von einer nicht geringen Zahl weiterer Forscher, die zum Teile auch schon dem Hades verfallen sind, sowie anderen, die sich noch des rosigen Sonnenlichtes erfreuen, darunter vielen, die wir hier zu begrüßen so glücklich sind, ausgezeichnete und der Wissenschaft fruchtbringende Arbeit geleistet worden. Türck, nicht genug gefeiert, wie sich erst kürzlich ein hervorragender Kliniker ausgedrückt hat, und Czermak haben den Baum gepflanzt, der in staunenswertem Wachstum Reiser und Blüten trieb, aber welche Namen von denen, die die Arbeit erfolgreich aufnahmen, müßte ich vor allem nennen, wo die Grenze finden und niemandem unrecht tun, welche Leistungen besonders hervorheben, ohne etwas wichtiges zu vergessen? Würde ich das Richtige treffen?

Von dieser Erwägung ausgehend, habe ich es für das Richtige gefunden, hier Halt zu machen und es dem Redner in fünfzig Jahren zu überlassen, in objektiver Kritik den Verdiensten dieser Männer gerecht zu werden, denn das wahre bleibende Verdienst zeigt sich und besteht für alle Zeit im untrüglichen Spiegel der Geschichte. Dieselben Gesichtspunkte haben mich auch in bezug auf neuere Untersuchungsmethoden, ich meine die aus der Laryngoskopie hervorgegangene Ösophagoskopie, Tracheo- und Bronchoskopie, wenn sie auch oder eben weil sie gegenwärtig im Mittelpunkte unserer Forschung stehen, geleitet. Erst spätere Zeit, weitere Erfahrung soll lehren, wie sie im Konkurrenzkampfe mit der Chirurgie bestehen.

Mit Befriedigung können wir sagen, daß wir in der Laryngologie ein abgerundetes Gebiet unseres Wissens besitzen, nicht nur die theoretischen Fundamente sind gelegt, die Semiotik und damit die Diagnose zu hoher Vollkommenheit gebracht, auch die Therapie ist nicht leer ausgegangen, sie vermag vielmehr sichere, positive Erfolge zum Heile unserer Mitmenschen aufzuweisen. Freuen wir uns dieses Besitztums, vergessen wir nicht, daß jede neue Errungenschaft in unserem Wissen das ganze Menschengeschlecht kräftigt und in sozialer und ethischer Beziehung bereichert.



und vollständige Ernährung ist sicherlich nur möglich, wenn das Essen durch die Genußmittel angenehm, verdaulich und begehrenswert gemacht wird. Der Trieb zum Essen wird vielmehr durch den Appetit gegeben, also durch den Hunger.

Zanker weist in der „D. M. W. 1906“ darauf hin, daß alles Zellenleben an den Einfluß ein für allemal dem Körper innewohnender Reize gebunden ist, durch welche die Arbeit der Leibesorgane ständig ausgelöst wird. Je nach der Größe der zu leistenden Arbeit, geistiger wie körperlicher, werden stärkere oder schwächere Reize zur Auslösung ihres regelmäßigen Ablaufes nötig sein. Ganz besonders werden stärkere Reizeinwirkungen erforderlich werden, wenn krankhafte Störungen im Allgemeinbefinden vorliegen. Und nicht immer wird der Körper solche gesteigerte Reize aus sich selbst heraus zur Verfügung haben. Hier können und müssen künstliche Reizmittel den bewußt gewordenen Mangel an Energie decken. So muß bei mangelnden Verdauungsreizen durch Anregungsmittel für die sekretorischen, motorischen und nervösen Teile des Verdauungsapparates ein Ausgleich geschaffen werden, wogegen niemand das Recht habe, anzuführen, daß der durch den erhöhten Reiz vermehrter Leistung eine Funktionsabschwächung nachfolgen müsse; denn das sei nicht haltbar.

Durch die Pawlowsche Methode des kleinen Magens sind wir nun direkt in die Lage versetzt, den Einfluß eines bestimmten Stoffes auf die Sekretion des Magens zu studieren. Dabei wird dem Versuchstier unter Schonung der wichtigen Gefäße und Nerven aus dem Fundusteil des Magens ein Blindsack gebildet, dessen Sekretion man durch eine Kanüle quantitativ auffangen kann. Man kann so die Mengen des ausgeschiedenen Saftes, die Gesamtazidität und die absolute Säuremenge bestimmen. Dr. Pincussohn stellte nun auf diese Weise im kgl. pathologischen Institut der Berliner Universität fest, daß das Koffein die Absonderung des Magensaftes in hohem Grade steigert.

Bedenken wir nun den hohen Gehalt der Kolanüsse an Koffein, noch dazu in Vergesellschaftung mit leicht assimilierbaren Kohlehydraten, so wird die anregende und zugleich stärkende Wirkung der Nüsse uns klar.

Syrup Colae comp. Hell wurde von Kollegen in einwandfreier Weise auf seinen therapeutischen Wert geprüft und zur Behandlung gewisser Krankheitsfälle warm empfohlen; aus diesem Grunde stehe ich nicht an, meine durch drei Jahre zum Teile im Erholungsheim in Breitenstein am Semmering gesammelten Erfahrungen über dieses Präparat in vorliegender Arbeit der Veröffentlichung zu übergeben.

Bei der großen Zahl von Präparaten, die nahezu täglich von der pharmazeutischen Industrie auf den Markt geworfen werden, fällt es dem Arzte schwer, ein gutes Mittel herauszufinden. Es sollte sich daher jeder Kollege selbst prüfen und aus der Zusammensetzung des Medikamentes und seinen Beobachtungen folgern, ob dasselbe für den einen oder anderen Krankheitsfall zweckmäßig und geeignet ist. Diesen Vorgang habe ich befolgt, als ich Syrup. Colae comp. zum erstenmale bei einer Chloranämie mit Atonia ventriculi versuchte.

Ausgehend davon, daß dieses Präparat aus Mitteln zusammengesetzt ist, welche einerseits der Vermehrung des Hämoglobingehaltes und der Blutkörperchen dienen, anderseits eine tonische, stomachale und robrorierende Wirkung bedingen, mußte ich annehmen, daß Syrup. Colae für diesen Fall geeignet sein wird.

Es handelte sich um eine schwächliche, abgemagerte, 23jährige Frau. I. Partus vor $1^1/_2$ Jahren; die Frau hat fünf Monate ihr Kind gestillt. Sie klagt über Kopfschmerzen, Schwächezustände, Ohnmachten, Appetitlosigkeit, Druck im Magen speziell auf Nahrungsaufnahme, Brechreiz, Aufstoßen und Obstipation. Die sichtbaren Schleimhäute sind auffallend blaß, Zunge belegt, über der Herzspitze ein blasendes systolisches Geräusch. II. Pulmonalton nicht akzentuiert, Magen auf Druck empfindlich, Hämoglobin (nach Fleischl) 35%, Körpergewicht 48·8 *kg*.

Patientin erhielt dreimal täglich 1 Kaffeelöffel Syrup. Colae comp. nach dem Essen, häufige kleine, mehr breiige Mahlzeiten, wenig Flüssigkeit, nach Mittag- und Abendessen durch $^1/_2$ Stunde heiße Kompressen auf den Magen. Nach 14 Tagen waren die lästigen Magensymptome und der Kopfdruck geschwunden, Hämoglobingehalt (Fleischl) 50%. Nach weiteren 4 Wochen waren die subjektiven und objektiven Symptome viel charakteristischer, Magen- und Darmfunktionen normal, das Blasen über der Herzspitze nicht anhaltend, wenig typisch, die Schleimhäute besser gefärbt. Patientin fühlt sich frisch; Fleischl 70%, Körpergewicht $51^3/_4$.

Ich habe seitdem eine Reihe von Chlorosen resp. Anämien, welche mit und ohne Magenerscheinungen einhergingen, mit Syrup. Colae behandelt, und zwar durchwegs mit gutem Erfolge. Allerdings habe ich bei der Therapie jederzeit der Individualität Rechnung getragen und mich nicht allein auf Syrup Colae beschränkt, sondern auch in geeigneten Fällen nebstbei eine Wasserkur, entsprechende Diät usw. angeordnet.

II. F. M., 7 Jahre alt, hat gegen Diphtherie zweimal III Paltauf injiziert bekommen. 2. Wochen post injectionem trat Gaumenlähmung und leichte Parese der unteren Extremitäten auf, Puls 120. Das Kind erhielt täglich 2 Kaffeelöffel Syrup. Colae und kräftige Diät. Nach zirka 3 Wochen war es ganz hergestellt, Puls 75.

III. M. Z., Opernsängerin, hat trotz Heiserkeit auftreten müssen und dabei mit Anspannung aller Kräfte ihre Partie gesungen. Es stellte sich eine leichte Parese der Stimmbänder ein und damit die Unmöglichkeit, anhaltend zu singen. Elektrizität und Vibrationsmassage waren ohne Erfolg, erst vollständiges Aussetzen des Gesanges und längerer Gebrauch von Syrup. Colae brachten Heilung.

IV. M. H., 75 Jahre alt, mit Arteriosklerose, Myodegeneratio cordis, Catarrhus vesicae inveteratus, Hypertrophia prostatae. Patient, der täglich zwei Blasenspülungen erhält, war in seiner Ernährung und an Körperkräften derart heruntergekommen, daß er stets das Bett hüten mußte. Seit nahezu $1^1/_2$ Jahren nimmt er ununterbrochen Syrup. Colae comp. und hie und da, wenn der Puls stärker aussetzt, Strophantus resp. Strophantine; seitdem befindet er sich insoweit relativ wohl, daß er den größten Teil des Tages außer Bett zubringt, guten Appetit hat und, was der Umgebung auffällt, ganz besonders geistesfrisch ist.

V. E. H., Bankbeamter, 28 Jahre alt, hoch aufgeschossen, mit phthisischem Habitus, ohne daß jedoch die Lungen suspekt wären. Er ist seit mehreren Jahren Neurastheniker und bekommt gewöhnlich im Frühjahr, wenn er im schlecht ventilierten und heißen Bureau mit Arbeiten überbürdet ist, sein Leiden. Im vorigen Frühjahr klagte er über häufiges Herzklopfen und über plötzlich auftretenden, krampfartigen, „elektrischen Schlag“ im Gehirn, der derart intensiv war, daß er beim Gehen oder Stehen auf der Straße niederfiel, ohne aber dabei das Bewußtsein zu verlieren; auch während der Arbeit oder beim Liegen wurde er von diesen Schlägen überrascht. Von der Richtigkeit dieser Angaben habe ich mich selbst überzeugt und war der Ansicht, daß es sich um Gefäßkrämpfe infolge nervöser Beeinflussung handelte. Beim Patienten konnte ich lebhaft gesteigerte Patellarreflexe, Tachebykardie, aufgehobenen Korneal- und Gaumenreflex, blasse Schleimhäute, kalte Hände und Füße konstatieren. Die Therapie bestand in dreiwöchentlichem Aussetzen der Bureautätigkeit, Wasser- und Luftkur und tägliche Einnahme von Syrup. Colae comp. durch 3 Monate.

Der verzagte junge Mann, der sich mit Selbstmordgedanken trug, wurde wieder ganz gesund.

Im März heurigen Jahres erschien derselbe, welcher einen guten Winter verbracht hatte, wieder bei mir mit Klagen über Herzklopfen und Stechen in der Brust. Tachykardie, gesteigerte Patellarreflexe, Zucken der Gesichtsmuskeln und allgemeine Abspannung waren zu konstatieren. Als Ursache dieser Beschwerden konnte ich häufig geübten Koitus interruptus eruieren; Verbot desselben und längerer Ge-



brauch von Syrup. Colae comp. beseitigten in Kürze alle Beschwerden.

Die Mitteilung der übrigen Krankengeschichten, welche mehr oder weniger ähnliche Fälle und nahezu denselben Krankheitsverlauf schildern, unterlasse ich, möchte aber noch betonen, daß sich namentlich die hysterischen und neurasthenischen Fälle ganz besonders für die Anwendung des Syrup. Colae comp. Hell eignen. Wenn man bei Verordnung dieses Präparates, welches dank seiner Komposition mannigfache Wirksamkeit entfalten kann, gleichzeitig auch individualisierend vorgeht, wird man stets gute Erfolge erzielen.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Rettungsgesellschaft und Militärärzte. — Kassenärzte und Massenärzte. — Die erste Lesung des Antrag Ludwig. — Die „Zeitschrift für Heilkunde“.

Früher, als wir beabsichtigten, sind wir wiederum genötigt, uns mit der Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft zu befassen. Wie wir bezeichnenderweise aus dem „Deutschen Volksblatte“ erfahren, das seinen früheren Kampf gegen die Gesellschaft eingestellt hat und um so zufriedener mit ihr ist, je weniger wir Ärzte Ursache zur Zufriedenheit haben, beabsichtigt die Gesellschaft, da sie mit den vorhandenen ärztlichen Kräften beim Festzuge nicht das Auslangen findet — Militärärzte zu requirieren. Wir trauten unseren Augen nicht; 60 Militärärzte werden den Dienst versehen, damit diese Gesellschaft nicht genötigt ist, einigen praktischen Ärzten ein paar Gulden zu zahlen.

Wir glauben gerne, daß dem Herrn Dr. Charas die Notlage der praktischen Ärzte unbekannt ist. Ihm geht es gut; und da die Lebensmittel so teuer sind, hat er erst jüngst seinen Gehalt um einige tausend Kronen erhöht. Aber es sind doch andere Faktoren da, die den kühnen Charas mores lehren sollten. Schläft denn die Ärztekammer? Die Kammer ist groß, wenn es gilt, den Ärzten die Annahme von Stellen zu verbieten; aber ihnen Stellen zu verschaffen, gibt sie sich doch gar keine Mühe. Und auch an den Kriegsminister stellen wir die Anfrage, ob denn die Militärärzte dazu da sind, Schmutzkonkurrenz zu betreiben, und ein paar beschäftigungslosen Ärzten das Brot wegzunehmen? Herr v. Uriel klagt immer, daß zu wenig Militärärzte da sind, und noch mehr klagen die Soldaten über die mangelhafte Behandlung. Aber damit der Herr Charas einen Orden bekommt, dazu müssen 60 Militärärzte auf einmal roboten. Wir sind doch neugierig, ob dieser Skandal nicht rechtzeitig verhütet wird.

Da wir schon einmal das Thema: Kassenärzte, in der vorigen Wochenschau angeschnitten haben, so müssen wir den „Arbeiterschutz“ auf einen wichtigen Punkt aufmerksam machen, der meines Wissens noch gar nicht zur Diskussion kam. Es handelt sich bei dem Kapitel: Krankenkassen und Ärzte nicht nur um materielle Fragen. Ich habe gerade bei den zarter besaiteten Kollegen oft eine Klage zu hören bekommen, die nichts mit der — allerdings elenden — Bezahlung zu tun hat. Sie besteht einfach darin, daß der Kassenarzt soviel Kranke behandeln muß, daß ihm zu eingehender Untersuchung keine Zeit bleibt. Man stelle sich die Situation vor. Im Wartezimmer sind 20—30 ambulante Patienten, die darauf warten, bald wieder zur Arbeit oder zu ihrer häuslichen Beschäftigung zurückzukehren. Der Arzt denkt gar nicht daran, sich dadurch in der Untersuchung des etwas schwierigeren Falles, der sich vor ihm befindet, stören zu lassen. Gut. Die Untersuchung nimmt eine längere Zeit in Anspruch. Da hat der Arzt aber die Rechnung ohne den Wirt, oder in diesem Falle ohne die Gäste gemacht. Draußen beginnt ein Schreien und Toben, das nicht einmal verstummt, wenn der Arzt Ruhe gebietet; die ungeduldigen Patienten im Wartezimmer wollen rasch an die Reihe kommen. Abgesehen davon, daß dadurch eine methodische Untersuchung nicht möglich ist, wird der Arzt endlich der ewigen Konflikte mit seinen Patienten müde; er eignet sich entweder eine schematische Massenuntersuchung entsprechend dem Massenandrang an (zur Zufriedenheit seiner Patienten), oder er kann dies nicht über sein Gewissen bringen, und legt die Kassenstelle nieder, wie es jüngst ein Kollege tat, der, obwohl durchaus mittellos, derart von diesen Szenen abgestoßen wurde, daß er auf seine Stelle verzichtete.

Vorige Woche wurde im Herrenhause die erste Lesung des Antrages des Herrenhausmitgliedes Dr. Ludwig, betreffend die Ausgestaltung des staatlichen Sanitätswesens vorgenommen. In Begründung der Motive führt Hofrat Ludwig aus, daß das Reichssanitätsgesetz vom Jahre 1870 zwar viel nützliches geschaffen habe, aber leider nicht entsprechend durchgeführt und nicht gleichmäßig ausgestaltet worden sei. Bedauerlicherweise sei auch das Veterinärwesen von dem Sanitätswesen abgetrennt worden, während nur eine einheitliche Handhabung der Veterinär- und Sanitätspolizei sowie ein gleichmäßiges wissenschaftliches Vorgehen zu einem Erfolge führen kann. Ebenso seien die Handhabung des Lebensmittelgesetzes, die gewerbliche, die Schul- und Verkehrshygiene, das Sanitätswesen, der Schutz der Heilquellen usw. nicht im Sanitätsdepartement des Ministeriums des Innern vereinigt. Schon 1870 sei die Errichtung eines Sanitätsministeriums in Aussicht genommen worden und dieses war das Ideal unserer Ärzte bis in die letzte Zeit. Aus politischen Gründen aber habe man sich nunmehr in Ärztekreisen der Meinung hingegeben, von der Errichtung eines Sanitätsministeriums abstehen zu sollen und verlangt die Errichtung einer indifferenten Zentrale im Ministerium des Innern, in welcher alle Sanitätsangelegenheiten des Reiches vereinigt sein sollen und an deren Spitze ein Arzt zu stehen hätte, welcher direkt dem Ministerium des Innern untersteht.

Eine zweite wichtige Forderung sei die Ausgestaltung des Obersten Sanitätsrates. Es sei unbedingt notwendig, dem Obersten Sanitätsrate wissenschaftliche Institute anzugliedern, in welchen die Vorarbeiten für die Erstattung der Referate durchgeführt und für die Sanitätspflege wichtige Fragen gelöst werden können. Die Ausgestaltung und Dotierung des Deutschen Reichsgesundheitsamtes — dessen Nachahmung Redner aber im übrigen als für unsere Verhältnisse nicht besonders zweckmäßig bezeichnet — möge hiebei vorbildlich sein. Weiters verlangt Redner eine Verbesserung der Ausbildung und der materiellen Lage der Amtsärzte. Der Umfang der amtsärztlichen Agenden lasse heute eine Privatpraxis des Amtsarztes fast nicht zu, andererseits sei die Erreichung einer höheren Rangsklasse als der achten für den Amtsarzt so gut wie ausgeschlossen. Für die Ausbildung der Ärzte verlangt Redner die Errichtung kleinerer Laboratorien mit wissenschaftlichen Apparaten an den Sitzen der Amtsärzte.

Sang- und klanglos ist vorigen Monat die „Zeitschrift für Heilkunde“ verschieden. Und doch verdient sie um so mehr einen Nachruf, als sie das erste, einzige (hoffentlich aber nicht das letzte) medizinische Archiv in Österreich darstellte. Sie erhielt als solche auch eine namhafte Subvention vom Unterrichtsministerium, da sie die geringe Zahl von zirka 250 Abonnenten allein nicht über Wasser halten konnte. Leider mußte aber unser jetziger Unterrichtsminister diese Subvention auf Drängen des Finanzministers streichen. Mit Recht oder Unrecht — das sei dahingestellt — beschwerten sich die Professoren und Dozenten der slavischeu Hochschulen in Österreich, daß die Leitung der „Zeitschrift für Heilkunde“ eine nationale Zensur übe; sie steckten sich hinter ihre Abgeordneten, und unsern lieben Finanzminister v. Korytowski braucht man nicht erst zu bitten, wenn er eine Subvention streichen soll, zumal für eine deutsche Zeitschrift. Hoffen wir aber, daß bald ein neues Archiv entsteht; es ist dies eine Ehrenpflicht der medizinischen Fakultäten Österreichs und schließlich können sich unsere Professoren nicht beklagen, daß ihr Einkommen zu gering ist; da kann man schon der Wissenschaft ein Opfer bringen.

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Der Sektion für hygienische Mikrobiologie und Parasitologie wurden von den nachfolgend benannten fünf Berichterstattern folgende Schlußsätze zur Ätiologie der Tuberkulose unterbreitet. Erstens von Professor C. Flügge (Breslau): 1. Im Experiment läßt sich bei verschiedensten Versuchstieren (Meerschweinchen, Kaninchen, Kälbern, Hunden) durch wenige (bei Meerschweinchen erwiesenermaßen unter 50) in Tröpfchenform mit der Luft eingeatmete Tuberkelbazillen Lungentuberkulose hervorrufen. Die Inhalation repräsentiert einen Infektionsmodus, welcher in bezug auf die sehr niedrige untere Grenze der infektiösen Dosis sich der gleichfalls sehr wirksamen subkutanen Infektion anreiht, der aber dieser in bezug auf die Schnelligkeit des Verlaufes der Erkrankung noch überlegen ist. 2. Daß die Einatmung wirklich einen Teil der in der Luft in Tröpfchenform inhalierten Tuberkelbazillen bis in die feinsten Bronchien führt, davon kann man sich leicht überzeugen, indem man kurz nach der Inhalation die periphersten Teile der Lunge auf Meerschweinchen verimpft. Letztere gehen dann an Impftuberkulose zugrunde. 3. Werden Tuberkelbazillen verfüttert, so daß sie nur vom Darm oder vom Rachen aus in den Körper eindringen können, so sind millionenfach größere Bazillenmengen als bei der Inhalation zur Hervorrufung manifester Krankheitserscheinungen erforderlich; der Ausbruch der letzteren und das tödliche Ende treten viel später ein. 4. Inhalierte Bazillen werden daher nicht — wie von einigen Autoren behauptet ist — erst dadurch wirksam, daß ein Teil derselben verschluckt wird und vom Darm oder vom Rachen aus eindringt. Dagegen kann es sehr wohl bei Fütterungsversuchen (namentlich bei Verwendung von Sonden) vorkommen, daß eine Aspiration kleinster Mengen bazillenhaltiger Nahrung stattfindet, und daß diese zu einer so schnellen Entwickelung einer Lungeninfektion führt, wie sie bei rein intestinaler Fütterungstuberkulose nie beobachtet wird. 5. Ist somit nach dem Ausfall der Experimente der Infektionsweg durch Inhalation zweifellos weit gefährlicher als die Infektion vom Darm aus, so ist doch daraus noch nicht ohne weiteres ein Schluß statthaft auf die Bedeutung des einen und des anderen Weges für die natürliche Verbreitung der Tuberkulose. Vielmehr kommt hiefür noch in Betracht, inwieweit Gelegenheit zur Aufnahme von Tuberkelbazillen auf jedem der beiden Wege unter natürlichen Verhältnissen gegeben ist. Bietet sich Gelegenheit zur Aufnahme von Tuberkelbazillen in den Darm sehr häufig, dagegen zur Aufnahme durch Inhalation selten oder gar nicht, so verliert letzterer im Experiment erwiesenen weit größeren Gefährlichkeit ganz an praktischer Bedeutung. 6. Die Infektionsgelegenheiten verhalten sich sehr ungleich; sie liegen zum Beispiel für den Menschen wesentlich anders als für die landwirtschaftlichen Nutztiere. Werden Schweine und Kälber mit Milch von tuberkulösen Kühen aufgezogen, so überwiegt diese Infektionskrankheit vollständig, und die Tiere gehen sämtlich an intestinaler Infektion (beziehungsweise an Aspirationstuberkulose zugrunde. Zur Aufnahme von Tuberkelbazillen aus der Luft ist hier wenig Gelegenheit. — Die der intestinalen Infektion entgangenen Rinder können dagegen an Inhalationstuberkulose erkranken. Sie werden wahrscheinlich durch den Aufenthalt in der Nähe hustender tuberkulöser Kühe gefördert, durch welche die Luft mit tuberkelbazillenhaltigen Tröpfchen erfüllt wird. 7. Für den Menschen liegen die Infektionsgelegenheiten verschieden, je nach Sitten und Gebräuchen. Unter Umständen kann bei Kindern intestinale Infektion durch tuberkelbazillenhaltige Milch oder Butter oder auch durch das in-den-Mund-bringen mit Sputum beschmutzter Finger entstehen; um so häufiger, je verseuchter der Milchstall beziehungsweise je vernachlässigter die Pflege des Kindes ist, und je sorgloser der Phthisiker mit seinem Sputum umgeht. Bei einiger Vorsicht pflegt aber die auf diese Weise in den Darm gelangte Tuberkelbazillenmenge nicht auszureichen, um Infektion zu bewirken.

Dagegen repräsentieren eine sehr weit verbreitete Infektionsquelle die vom Phthisiker oft in großen Mengen ausgehusteten und der Luft seiner nächsten Umgebung beigemischten tuberkelbazillenhaltigen Tröpfchen; weniger tuberkelbazillenhaltiger Staub, da die Bildung feinster flugfähiger Stäubchen aus Sputum schwierig und selten ist. Im dauernden Verkehr mit einem Phthisiker ist die Gelegenheit zur Inhalation tuberkelbazillenhaltiger Tröpfchen sehr häufig gegeben; namentlich im Verkehr zwischen Mutter und Kind, nicht selten auch bei Pflegerinnen, bei Eheleuten, bei Arbeitern an gemeinsamer Arbeitsstätte. Durch Sitten und Lebensgewohnheiten wird auch diese Infektionsgelegenheit stark beeinflußt. Da die Inhalation tuberkelbazillenhaltiger Luft als ein besonders gefährlicher Infektionsweg erkannt ist, der schon bei kleinsten Mengen Bazillen Infektion vermittelt, und da die Gelegenheit zur Benutzung dieses Weges häufig vorhanden ist, kommt zweifellos der weitaus größte Teil aller Übertragungen von Tuberkulose auf Menschen durch Inhalation der von Phthisikern in Tröpfchenform verstreuten Tuberkelbazillen zustande. Zweitens:

Experimentelles und Statistisches über die tuberkulöse Infektion durch Nahrungsaufnahme und Kontakte. Von Mazyck P. Ravenel (Philadelphia). 1. Der Verdauungskanal ist häufig die Eingangspforte, durch welche der Tuberkelbazillus Zutritt findet. 2. Der Tuberkelbazillus kann durch die unversehrte Schleimhaut des Speisekanals dringen, ohne eine Verletzung zu verursachen. Das geschieht hauptsächlich während der Verdauung von Fettstoffen. 3. Die Bazillen gehen mit dem Speisesaft durch die Lymphgefäße und durch den Ductus thoracicus in das Blut, welches sie zu den Lungen führt, in denen sie durch die filtrierende Wirkung der Gewebe in großem Maße zurückgehalten werden. 4. Die Ansteckung durch den Verdauungskanal ist besonders häufig bei Kindern. 5. Milch von tuberkulösen Kühen ist in vielen Fällen die Ursache der Ansteckung. Unsere bisherigen Erfahrungen gestatten uns nicht, das Verhältnis der hiedurch verursachten Erkrankungen an Tuberkulose genau anzugeben, aber es ist wahrscheinlich sehr groß. 6. Tuberkulose kann durch Berührung übertragen werden, wie etwa durch Küssen, unreine Hände, zufällige Verletzungen bei Verrichtungen nach Todesfällen und während der Reinigung von Gefäßen, welche von Tuberkelkranken benutzt worden sind usw. Diese Arten von Ansteckung bilden indessen nur eine verhältnismäßig geringe Rolle bei der Verbreitung der Tuberkulose. Drittens:

Klinische Beobachtungen über die Entstehung primärer Tuberkulose beim Menschen. Von Professor Leopold v. Schrötter (Wien). 1. Weitaus am häufigsten erkrankt die Lunge primär an Tuberkulose, sie ist das Organ, das geradezu spezifisch auf den Tuberkelbazillus reagiert. 2. Auch in anderen Organen, verschieden in der Häufigkeit, kann die Erkrankung primär auftreten. 3. In keinem dieser Fälle läßt sich aber klinisch der einwandfreie Beweis beibringen, daß nicht nebenbei noch ein anderer tuberkulöser Herd besteht. 4. Auch in mehrfacher Lokalisation läßt sich der primäre Sitz der Erkrankung durch die klinische Untersuchung nur mit Wahrscheinlichkeit bestimmen. 5. Bei mehrfacher Lokalisation vermag eine sorgfältige nekroskopische Untersuchung nahezu mit Sicherheit den primären Sitz und die weiteren Verbreitungswege der Infektion aufzudecken. 6. Eine genaue Statistik über die Reihenfolge in der Häufigkeit der primären Erkrankung verschiedener Organe steht noch aus.

Viertens von Ribbert, Bonn.

Aus den Leichenbefunden lassen sich folgende Sätze ableiten: Die Tuberkulose ist weitaus am häufigsten in den Bronchialdrüsen und in den Lungen lokalisiert. Die Tuberkulose der Bronchialdrüsen ist in der bei weitem überwiegenden Zahl der Fälle die einzige Lymphdrüsentuberkulose

des Körpers. Sie kann dann nur aerogen entstanden sein. Dafür spricht auch, daß sich, abgesehen von den Fällen fortschreitender Lungentuberkulose neben der Bronchialdrüsenerkrankung gewöhnlich in den Lungen Residuen abgelaufener Tuberkulose finden. Dies Zusammentreffen ist nur aus aerogener Infektion zu erklären. Neben ihr spielt die intestinale Infektion keine große Rolle. Sie ist vom Rachen und vom Darm aus möglich, aber sie kommt für die Entstehung der Bronchialdrüsen und Lungentuberkulose kaum in Betracht. Bei gleichzeitiger florider oder abgelaufener Tuberkulose des Verdauungs- und des Respirationstraktes handelt es sich gewöhnlich um eine gleichzeitige oder in Intervallen erfolgte intestinale und aerogene Infektion. Fünftens:

Veränderlichkeit des Tuberkelbazillus von S. Arloing (Lyon). Die Veränderlichkeit des Infektionsvermögens des Tuberkelbazillus des Menschen ist im Jahre 1884 von dem Berichterstatter festgestellt worden. Bis 1902 wurden seine Ausführungen mehr oder weniger bekämpft. Dann einigten sich die Bakteriologen über die Frage im Prinzip. Die Meinungen gehen nur auseinander bezüglich der Grenzen der Veränderlichkeit, über welche hinaus die Bazillen nach bestimmten Gruppen klassifiziert werden sollen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Herzkrankheiten und Höhenlage. Von Dr. Scherf.

Wenn wir Herzkranke in das Gebirge schicken, welche Höhe soll der Arzt wählen?

Um diese Frage zu beantworten, müssen wir zunächst die Einwirkung des Gebirges auf das Herz und auf die Atmung, soweit sie für die Zirkulation in Betracht kommt, erwägen. Es ist bekannt, daß mit der Höhe proportional eine Verdünnung der Luft stattfindet, und daß der Sauerstoffgehalt dieser verdünnten Luft geringer ist. Da das Wohlbefinden des Menschen bei Luftverdünnung und Sauerstoffmangel leidet, so sucht der Körper eine Akklimatisation an die Höhe zuwege zu bringen durch vermehrte Bildung von roten Blutzellen, durch Zunahme des Hämoglobingehaltes, sowie durch die Eigenschaft des Hämoglobins, mehr Sauerstoff aufzunehmen. Diese Akklimatisation, von welcher Paul Bert annahm, daß sie durch Anpassung im Laufe von Generationen bei Gebirgsbewohnern erworben werde, vollzieht sich nach neueren Untersuchungen bereits innerhalb weniger Wochen.

Der wirksame Faktor der Blutvermehrung ist also die Luftverdünnung beziehungsweise die mit dieser parallel gehende Sauerstoffverarmung des Blutes. Diese Einwirkung auf das Blut und die blutbildenden Organe würde bei einer Reihe von Herzstörungen sehr erwünscht sein, wenn nicht mit derselben andere erhebliche Nachteile verbunden wären.

Für die Tätigkeit des Herzens ist von bedeutendem Einflusse der günstige Effekt auf die Atmung; die Staub- und Keimfreiheit des Höhenklimas, vor allem aber auch die Reize, welche die frischere und kühlere Luft, die stärkere Luftbewegung, die eigentümliche intensivere Bestrahlung auf die Haut bedingen, regen reflektorisch die Atmung an. Das sind freilich Eigenschaften, welche auch dem Mittelgebirge zukommen.

Der Übergang in größere Höhen hat zumeist eine Steigerung der Atemfrequenz zur Folge und das Volumen der eingeatmeten Luft ist infolge Steigerung der Atemtiefe stets vermehrt. In der Zunahme der Lungenventilation äußert sich eben ein zweckmäßiger Regulationsvorgang gegenüber der Verdünnung der Luft. Die verstärkte Atmung hat ihrerseits nun eine Entlastung des Herzens zur Folge: jede vertiefte Atmung saugt mehr Blut aus den Venen in das Herz, die folgende kräftige Ausatmung hilft dann, es in die Arterien hineinzupressen.

Was den Stickstoffumsatz im Höhenklima anlangt, so fand Jaquet in einer Höhe von 1600 *m* eine deutliche Herabsetzung, also Eiweißansatz.

Was die Herztätigkeit, den Blutumlauf betrifft, so haben wir uns zunächst zu vergegenwärtigen, daß die Pulsfrequenz im Höhenklima gesteigert ist; diese Tatsache ist von einer Reihe von Ärzten, welche in klimatischen Kurorten ihre Beobachtungen anstellten, bestätigt. Die Ursache besteht in der Verdünnung der Luft und im Sauerstoffmangel, aber auch mechanische Wirkungen, ausgelöst durch das Empordrängen des Zwerchfells und die dadurch veränderte Stellung der Lungen kommen in Frage. Bei Muskelarbeit im Hochgebirge wird der Puls enorm gesteigert, selbst bei ganz geringfügigen Bewegungen. Wenn nun auch beim gesunden Herzen eine allmähliche Regulation eintritt, so wird ein erkranktes schwaches Herz zu einer Anpassung zumeist unfähig sein, aber auch bei ersterem kann in bedeutenden Höhen eine Ermüdung eintreten; entsprechend der gesteigerten Arbeit ist das Sauerstoffbedürfnis des Herzens gesteigert, während die Sauerstoffzufuhr zum Blute abnimmt. Die Ernährung des Herzens beginnt zu leiden, und so kann auch ein ursprünglich gesunder Herzmuskel zum Versagen kommen; wieviel gefährlicher ist die Höhe für herzkranke, herzschwache Personen! Auch bei Blutarmen, bei welchen das Herz schon an und für sich schwach genährt ist, liegt die Gefahr nahe. Glücklicherweise warnt die Natur rechtzeitig durch Herzklopfen, Atemnot, Brustbeklemmung und Druck auf der Brust. Wir müssen also dem Herzkranken den Aufenthalt im Höhenklima durchaus abraten, dahingegen ist der Aufenthalt im Mittelgebirge bis zu 700—800 *m* dem Herzkranken sehr zusagend, und zwar:

1. weil eine Steigerung der Blutbildung zufolge exakter Beobachtungen vor sich geht und

2. weil auch in dieser Höhe ein Eiweißansatz, das heißt Muskelbildung erfolgt und wohl sicherlich am meisten bei dem nie ruhenden Muskel des Körpers, dem Herzen.

Zu vermeiden sind aber im Mittelgebirge auch solche Gegenden, welche rauh und kalt sind, und in welchen die Temperatur rasch umschlägt. Bei der großen Empfindlichkeit des schwachen Herzens gegen plötzliche Änderung der Temperatur soll man windgeschützte, gegen kalte Nebel gesicherte Orte für Herzkranke wählen. Vielfach finden sich bei Herzleidenden Stauungskatarrhe der Lungen, für welche feuchte, kalte Luft keineswegs zuträglich ist; deshalb ist auch der Aufenthalt zur Zeit von Niederschlägen in der Nähe solcher Waldungen, welche Feuchtigkeit lange festhalten, zum Beispiel zusammenhängender Fichtenwaldungen, nicht empfehlenswert. Aber auch gegen übermäßige Besonnung soll der Herzkranke geschützt sein. Wie erschlaffend es auf das Herz wirkt, lehren die Erfahrungen aus heißen Klimaten zur Genüge. Vor allem müssen an den Orten, an welchen Herzkranke zusammenkommen, die Nächte kühl sein; welch entsetzliche Qual ist es für den Herzkranken, wenn im Schlafzimmer auch zur Nachtzeit noch die Hitze des Tages herrscht. Für den Arteriosklerotiker besonders, bei welchem die Regulationsfähigkeit des Arteriensystems so erheblich gestört ist, ist ein Kurort, welchem die nötige Abkühlung in der Nacht fehlt, direkt verwerflich; gerade aus diesem kehrt er oft in schlechterem Zustande wieder zurück. Am meisten ausgleichend auf die hohen Temperaturen wirken, wie oben gesagt, die Laubholzwaldungen, deshalb sind die Gebirgsgegenden für den Herzkranken vorzuziehen, wo diese Art der Bewaldung vorherrscht, und wo bewaldeter Berg und freies Tal miteinander abwechseln.

Das Mittelgebirge mit sanft ansteigenden Talwänden hat nun aber noch eine besondere Bedeutung für den Herzkranken durch die Möglichkeit zu Terrainkuren. Wie wichtig dieselben als Gymnastik für das Herz sind, ist von berufener Seite oft und eingehend genug hervorgehoben und begründet worden. Die günstige Einwirkung der Terrainkuren mag nicht zuletzt auf die oben angeführten Einwirkungen des Gebirges auf Blutbildung und Eiweißansatz zurückzuführen sein.

Noch jüngst wies mit vollem Rechte Hasebrock darauf hin, daß für die Arteriosklerose ätiologisch nicht nur



die Abnutzung, sondern wesentlich auch die Untätigkeit in Betracht komme, und daß das beste Gegengewicht Körperbewegungen, Muskelarbeit sei. Arteriosklerotiker, bei welchen es sich durch körperliche Untätigkeit um ein Daniederliegen des Körperkreislaufs handelt, sind für Terrainkuren sehr geeignet.

Eine 16jährige Erfahrung berechtigt mich zu sagen, daß bei der Bäderbehandlung der Herzkrankheiten die kohlensäurereichen Solbäder eine große Rolle spielen; wer aber in ihnen das einzige Heilmittel sieht, der verkennt vollkommen den Einfluß, welchen die Höhenlage und klimatische Faktoren ausüben. Die Klimatotherapie wird für Herzkrankheiten sich geradeso ausbilden wie für Lungenkrankheiten. (Deutsche Ärzte-Ztg. Nr. 6, 1908.)

*

Eine Methode zur Abkürzung normaler Entbindungen. Von Dr. Theodor Landau, Berlin.

Die Methode besteht darin, daß der Geburtshelfer bei Frauen in der Geburt, also wenn schon Wehen eingesetzt haben, und wenn der Kopf fest im Becken steckt, mit ein bis zwei Fingern, eventuell mit mehreren den Zervikalkanal ohne Narkose zu dehnen und dabei die Muttermundslippen über den andrängenden Kopf hinüberzuschieben sucht. Während einer Wehe soll dieser Versuch gemacht werden. Durch diese Maßnahmen werden meist neue kräftige Kontraktionen ausgelöst, und oft in überraschend kurzer Zeit, freilich bei Innehaltung von Pausen und je nach der Rigidität des Muttermundes, konnten in wenigen Stunden die diesem Verfahren zugänglichen Fälle ohne jeden Schaden für Mutter und Kind zu Ende geführt werden. Ganz besonders günstig haben sich Multiparae gegenüber diesen Versuchen, die normale Entbindung zu beschleunigen, verhalten. Es handelt sich bei diesem Vorgehen nicht etwa um Versuche, nur den Muttermund: den Gebärmuttereingang in seinem ditalsten Teile zu dehnen, sondern die Finger dringen zwischen den vorliegenden Kindsteil und den Gebärmutterhals gestreckt ein, ziehen ihn exzentrisch nach außen und wirken so auf die gesamten Zervixsphinkteren.

Vorbedingungen für die Anwendung dieses Verfahrens sind:

1. Die Geburt muß schon im Gange sein. Wehen müssen vorhanden sein und die Zervix resp. der Scheidenteil muß durch die voraufgegangenen Kontraktionen bis zu einem gewissen Grade die Zeichen der Retraktion, der Auflockerung und der Erweiterung resp. der Erweiterbarkeit zeigen.

2. Der Kopf muß im Becken fixiert sein; sonst könnten nämlich die Dilatationsversuche leicht dahin führen, den Schädel zur Abweichung zu bringen und damit die Kindeslage im ungünstigen Sinne zu beeinflussen.

3. Die absolute Asepsis muß gewährleistet sein, und diese ist nur dann zu erreichen, wenn wir mit Gummihandschuhen operieren. Daß die äußeren Genitalien desinfiziert sind, ist selbstverständlich.

Bedenken gegen die Anwendung dieses Verfahrens können sein: einmal Furcht vor Infektion, die indessen durch den Gebrauch der Gummihandschuhe vermieden wird und dann die Gefahr der Zerreißungen. Daß ein rohes, forciertes Eingreifen die verhängnisvollsten Traumen nach sich ziehen kann, soll unbestritten bleiben, aber falls man vorsichtig und zart immer nach der Richtung des geringsten Widerstandes vorgeht, kann man den anzuwendenden Druck durch das Tastgefühl regulieren und dosieren. (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 1, 1908.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 15. Mai 1908.

Robert Lenk demonstriert 1. die Reste einer Stearinkerze, die durch ein neues, ganz zweckmäßiges Verfahren aus der Blase entfernt wurden. Bei Masturbation mit einer Kerze kam diese in die Blase. Einige Wochen nachher starke Hämaturie und schwere Fremdkörperzystitis. Die zystoskopische Untersuchung zeigte neben schwerer ulzeröser Zystitis, namentlich des Blasenbodens den Fremdkörper ganz zusammengedreht und inkrustiert im Scheitel der Blase auf der Füllungsflüssigkeit schwimmend. Ihn mittels Operationszystoskop oder Lithotrib herauszuziehen, schien kaum möglich ohne stärkere Verletzungen durch den inkrustierten Körper. Die Sectio alta war nicht unbedenklich wegen der schweren Zystitis. So griff man zum Versuche, die Kerze mittels Benzin aufzulösen. Die Blase wurde mit 120 *cm*³ sterilem Wasser angefüllt, auf diesem mußte die Kerze schwimmen. Erst dann wurden noch 50—60 *cm*³ Benzin nachgespritzt. Das Benzin mußte im Wasser in die Höhe steigen, den höchsten Ort in der Blase einnehmen, wo es direkt auf die Kerze einwirken konnte, und so blieb der ganze untere Anteil der Blase, namentlich der schwer zystitische Blasenboden, vor der Benzinreizwirkung vollkommen verschont. Nach Einwirkung von zirka 20 Sekunden wurde der Blaseninhalt abgelassen, gründlich mit Wasser nachgespült. Der durch die Körpertemperatur schon etwas erweichte Fremdkörper wurde durch das Benzin arrodiert und zerfiel in kleine Bröckel, die dann spontan ausuriniert wurden. Fünf Sitzungen von je 15—20 Sekunden Benzineinwirkung genügten, das Stearin aus der Blase zu entfernen. Der nackte Docht wurde mit dem Lithotrib herausgezogen.

2. Eine pyonephrotische Steinniere. Das Nierenparenchym ist durchwegs durch ein derbes Schwartengewebe ersetzt, in dem die vorhandenen Steine liegen, darunter ein Ausguß des Nierenbeckens.

3. Einen Grawitztumor der Niere, der fast die ganze untere Hälfte der Niere durchwuchert.

Rudolf Meißner stellt eine Patientin vor, die über Herabsetzung der Sehschärfe infolge Gravidität (3. Monat) klagt. Vor zirka sechs Jahren Neuritis optica infolge von Lues; das Sehvermögen blieb ein recht befriedigendes, bis Pat. nach zwei Jahren gravid wurde und eine auffallende Verringerung der Sehkraft bemerkte. Nach der Entbindung wieder Besserung des Sehvermögens; es blieb aber schlechter als vor der Erkrankung. Auch bei einer folgenden Schwangerschaft bedeutende Sehstörungen, Besserung nach der Geburt des Kindes, ohne daß die Sehkraft die frühere Höhe erreichte. In der jetzigen Gravidität ebenfalls Herabsetzung des Sehvermögens. Pat. wünscht daher eine Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Augenuntersuchung ergibt fol. R.: Fingerzählen in 3 *m*, l.: in 3½ *m*. Der ophthalmoskopische Befund ergibt neben regulärem und auch etwas irregulärem Astigmatus Zeichen von Neuritis optica beider Augen. Gesichtsfeld bedeutend konzentrisch eingeschränkt. Von Farben wird nur rot erkannt. Lues nicht nachweisbar, im Harn kein Eiweiß. Die Patientin bekommt Jod, und sollte die antiluetische Behandlung ohne Erfolg sein und eine rasche stärkere Herabsetzung des Sehvermögens eintreten, dann müßte wohl auch die Frage des künstlichen Abortus in Erwägung gezogen werden. Der begründete Verdacht, daß in diesem Falle die Schwangerschaft die Mitursache der Augenerkrankung ist, liegt zweifellos vor.

Leopold Königstein hat die Patientin vor mehreren Wochen gesehen, untersucht und habe auf ihn die Kranke den Eindruck gemacht, daß sie dringend wünsche, von der Frucht befreit zu werden. Auch sprach der Befund dafür, daß man es mit einer Hysterika zu tun habe. Dies würde ja mit dem Resultate der funktionellen Prüfung gut stimmen.

Klein Bäringer, ist der Ansicht, daß die Patientin, wenn auch nicht simuliere, so doch aggraviere, in der Absicht vielleicht, die Gravidität und das Puerperium los zu werden. Seiner Ansicht nach bestehe eine Entbindungsgefahr nicht, wenigstens vorläufig. Den Kernpunkt der Frage, ob Einleitung der künstlichen Frühgeburt gerechtfertigt wäre, müsse er momentan verneinen. Nur wenn wirkliche, das Sehvermögen bedrohende Gefahren eintreten sollten, müßte der Abortus eingeleitet werden.

Josef Hirschl wünscht die Einleitung einer Quecksilbertherapie, da die Darreichung von Jod allein nicht als antiluetische Therapie bezeichnet werden kann.

Julius Hochenegg findet die Besorgnis der Patientin sehr begreiflich, die Angst vor dem Erblinden ist ja bei der uns gegebenen Anamnese und der tatsächlich erhobenen Gesichtsfeldeinschränkung verständlich. Als Ursache möchte er auch noch die von französischen Autoren erwähnten und erst unlängst von Erdmann und Stumme anatomisch genau erforschten Schwangerschaftsveränderungen der Hypophyse zur Erwägung empfehlen.

Hermann Teleky hat während seiner langen Praxis noch keine mit der Schwangerschaft in direkt ätiologischem Zusammenhange stehende Augenerkrankung, abgesehen von der mit Albuminurie vergesellschafteten Retinitis beobachtet.

Meixner bemerkt gegenüber Hochenegg, daß die charakteristische Hemianopsie, wie sie bei Hypophysenerkrankung vorzukommen pflege, in diesem Falle fehle.

Karl v. Stejskal: Der einer Atrophia nervi optici nicht unähnliche Befund könnte auch auf eine organische Affektion hinweisen, z. B. eine in der Gravidität rezidivierende Exostose oder Periostitis, z. B. an der Augenspalte. Solche Exostosenbildungen während der Gravidität sind vereinzelt gesehen worden.

Otfried Fellner: Die Tätigkeit der innersekretorischen Organe, insbesondere des Ovariums, in der Schwangerschaft. (Fortsetzung.) Die allgemeine Ansicht, daß die sekretorische Tätigkeit des Ovariums in der Schwangerschaft stillsteht, ist nicht zutreffend. Denn man findet in der Schwangerschaft mitunter zwei Corpora lutea, ferner Follikel und Ureier in allen Stadien, einen Teil der Follikel aber in Zysten umgewandelt, welche von Follikelluteinzellen begrenzt sind. Was die Sekretion der Plazenta betrifft, so tritt Fellner für die Theorie ein, daß im mütterlichen Organismus Stoffe gebildet werden, welche für den Aufbau des kindlichen Organismus notwendig sind und daß die Schlacken dieses mütterlichen Stoffwechsels im mütterlichen Organismus zurückbleiben, die Schwangerschaftserscheinungen und die Blutdrucksteigerung verursachen. Eine spezifische Sekretion der Plazenta ist zwar möglich, doch fehlt hiefür jeder Beweis. Hinsichtlich der Milchsekretion meint Fellner, daß ebenso wie die Sekretion des Uterus zur Zeit der Menstruation oder die überwiegende Sekretion im Klimakterium Milchsekretion erzeugt, auch die Steigerung der uterinen Sekretion der Schwangerschaft zur Hyperplasie der Drüse führt, daß aber die Plazenta die milchfähigen Substanzen an sich zieht und daß daher erst nach Aufhören dieser Resorption die hyperplastische Drüse Milch produziert. Die Kurven lehren ferner, warum die Gravidität gerade zumeist 272½ Tage dauert. Legt man der Schwangerschaftsberechnung die Graviditätsmonate zu 21 Tagen zugrunde, so dauert die Schwangerschaft genau 13 solcher Monate. Wenn die Schwangerschaft länger dauerte, war auch das Menstruationsintervall vor und in der Schwangerschaft ein längeres und dementsprechend auch das Graviditätsmenstruationsintervall. Bereits früher hat Fellner den Nachweis zu führen gesucht, daß zwischen Graviditätsintoxikation und Graviditätstoxikose nur ein gradueller Unterschied besteht. Das Entstehen derselben ist auf Steigerung der Funktion der Plazenta, Schwäche der Abfuhrorgane, auf einen Locus minoris resistentiae oder eine Schwäche der entgiftenden Organe zurückzuführen. Unter den entgiftenden Drüsen scheint hinsichtlich des Entstehens der Graviditätstoxikose die Schwäche der ovariellen Sekretion eine Rolle zu spielen. Es ist diesbezüglich die große Ähnlichkeit der Menstruations- und Graviditätstoxikose von Interesse. Die Durchsicht der Fälle der Klinik Schauta ergab, daß sich bei vielen Graviditätstoxikosen, so bei der Hyperemesis, der Nephritis und der Eklampsie, nicht zu selten Unregelmäßigkeiten der Menstruation, so insbesondere später Eintritt derselben, nachweisen läßt.

Karl Rudinger: Über den Antagonismus sympathischer und autonomer Nerven in der inneren Sekretion. Angestellte Untersuchungen ergaben, daß, zwischen Pankreas und Schilddrüse sowohl, wie zwischen Pankreas und chromaffinem System eine gegenseitige Hemmung angenommen werden muß, während Schilddrüse und chromaffines System sich gegenseitig zu fördern scheinen. Nun wissen wir, daß das chromaffine System die innigsten anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Beziehungen zum Sympathikus zeigt, ferner daß das Sekretionsprodukt desselben — das Adrenalin — ausschließlich auf die Endverzweigungen sympathischer Nerven wirkt. Es ist auch anzunehmen, daß es rein sympathische Nerven sind, welche die Sekretion desselben beherrschen. Was die Thyreoidea anbelangt, so dürften wohl ihrem inneren Sekrete Wirkungen auf die autonomen Nerven zukommen, vorherrschend aber ist ihr Einfluß auf das sympathische Nervensystem; denn bei Überfunktion dieser Drüse entwickelt sich ein Symptomenbild, welches in erster Linie auf einen erhöhten Erregungszustand des sympathischen Nervensystems hindeutet. Der Antagonismus zwischen Pankreas einerseits und Thyreoidea und chromaffinem System andererseits läßt daher vermuten, daß die innere Sekretion des Pankreas vorwiegend autonom ist. Die hypothetische innere Sekretion des Pankreas scheine unter dem überwiegenden Einflusse des autonomen Vagus zu stehen und macht es wahrscheinlich, daß jener weitgehende Antagonismus im Verhalten des sympathischen Nervensystems einerseits und der kranialen und sakralen autonomen Nerven andererseits auch für die innere Sekretion Geltung hat. So wie die Adrenalinproduktion vom Sympathikus beherrscht wird und dem Adrenalin auch spezifische Wirkungen auf die sympathischen Endverzweigungen zukommen, kann das auch für das Pankreassekret in bezug auf die autonomen Nerven zutreffen. Es wäre so möglich, daß die Löwische Adrenalinmydriasis nach Exstirpation des Pankreas nicht in dem Wegfall von Hemmungen auf den Sympathikus, sondern in dem Wegfall körperlicher Impulse auf die autonomen Nerven ihre Erklärung findet. *i. m.*

IV. Literatur.

Die Ophthalmo- und Kutan-Diagnose der Tuberkulose, nebst Besprechung der klinischen Methoden zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose. Von Wolff-Eisner. 1. Heft. IX. Band der **Beiträge zur Klinik der Tuberkulose,** herausgegeben von Prof. Ludolf Brauer (Marburg). Würzburg, Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 1908.

Bei dem so berechtigten Interesse für diese beiden neuen Methoden kommt, wie Geheimrat Senator im Vorwort mit vollstem Rechte hervorhebt, das Buch von Wolff-Eisner, der im hervorragenden Maße berufen ist, hier die Aufklärung und Führung zu übernehmen, zur rechten Zeit.“ Das Buch verdient schon deshalb weiteste Verbreitung, weil der Verfasser, trotzdem er selbst so sehr an dem Auf- und Ausbau der serologischen Methoden beteiligt ist, davor warnt, ob derselben die alten, klinischen Untersuchungsmethoden zu unterschätzen. Dementsprechend schildert er auch nicht bloß die Kutan- und Ophthalmoreaktion der Tuberkulose, sondern auch die Sputumuntersuchung, Thermometrie, die Röntgenuntersuchung, Spitzenperkussion nach Goldscheider und nach Kroenig, die Zytodiagnose, proteolytische Fermentwirkung, und die Zuoskopie, wobei ausdrücklich betont sei, daß auf Schritt und Tritt Verfasser auf Grund seiner eigenen Arbeit und weitestgehender Erfahrung als der gewiegte Techniker und Empiriker vollwertigen Rat und Aufschluß erteilt, wofür ihm aller Dank gebührt.

Atlas der Volks- und Schulhygiene. Eine Anleitung zur Pflege der Gesundheit nebst ausführlicher Betrachtung über die Heilung von Krankheiten und die zahlreichen hiefür angewendeten Heilverfahren sowie einem Anhang: Der Beistand bei Krankheiten und Verletzungen von Dr. med. A. Baur. 270 Seiten Text mit 284 Abbildungen und 10 prächtigen Farbendrucktafeln. Lexikon-Format. Eleganter Leinwandband Mk. 6.50. Verlag von J. F. Schreiber in Eßlingen und München.



Dieser neue Band reiht sich seinen beiden Vorgängern, dem „Atlas der Anatomie“ und dem „Atlas der Krankheiten“ in würdiger Weise an, umfaßt in luxuriöser, reichillustrierter Ausstattung das eigentliche Gebiet der Gesundheitspflege, das in die Pflege der Gesundheit des einzelnen und in die der Gesamtheit zerfällt. Daran anschließend finden wir eine ausführliche Betrachtung über die Heilung von Krankheiten und die zahlreichen hiefür angewendeten Heilverfahren. Sehr nützlich wird sich einem jeden die Kenntnis des über den Beistand bei Krankheiten und Verletzungen Gesagten erweisen. Auch hier dienen zahlreiche Illustrationen zur Erläuterung des Textes und unterstützen trefflich beim Erlernen der nötigen Handgriffe, z. B. beim Anlegen eines Verbandes, beim Transport von Verunglückten usw. Eine eingehende Erörterung findet auch die erste Hilfe bei Unglücksfällen. Da wohl jedermann früher oder später einmal in die Lage kommt, bei Krankheitsfällen oder Verletzungen selbst mit Hand anlegen zu müssen, so sei das Studium dieses wertvollen Werkes im Interesse der eigenen Gesundheit sowie zum Wohle der Mitmenschen jedermann aufs dringendste anempfohlen. Es sollte vor allem in der Bibliothek eines jeden Sanatoriums, aller Kur-, Bade- und Heilanstalten, aller Sanitätsleute, Samariter, Krankenpfleger, Heilgehilfen, in jeder Schul- und Privatbibliothek unbedingt vertreten sein.

V. Aus der Praxis.

Jodmedikation bei Arteriosklerose.

Aus den Versuchen von O. Müller und Inada geht hervor, daß bei Jodgebrauch die Viskosität des Blutes abnimmt, woraus zu folgern ist, daß durch geringere Reibung desselben an den Orten stärkerer Gefäßentartung vielleicht die Störungswiderstände vermindert werden. Das Jodnatrium ist in kleinen Dosen von 0·5 *g* pro die schon frühzeitig, das heißt in der allerersten Periode der Krankheit, in welcher die vermehrte Gefäßspannung im Vordergrunde steht und die anatomischen Veränderungen an den Arterien noch wenig ausgebildet sind, zu geben, und zwar lange Zeit, mindestens 1—3 Jahre hindurch, wobei es sich empfiehlt, allmonatlich eine zehntägige Pause zu machen. Während letzterer läßt Huchard die Patienten morgens und abends 2—3 Tropfen einer 1%igen (alkoholischen) Trinitrin- (Nitroglyzerin-) Lösung nehmen. An Stelle des Jodnatriums kann auch das neuerdings von E. Fischer und v. Mering dargestellte Sajodin verwandt werden. Es belästigt im allgemeinen den Magen weniger als die Jodsalze und bewirkt auch nicht so häufig wie diese Jodismus. Die Dosis beträgt 0·5—1·0 *g* pro die.

Die Behandlung der Dyspepsien mit Extractum Chinae Nanning. Von Dr. Richard Pick, emerit. holländisch-indischer Militärarzt, praktischer Arzt in Wien. (Österr. Ärzte-Zeitung.)

Extractum Chinae Nanning ist ein nach eigener Methode aus bester Chinarinde hergestellter, wässeriger Extrakt mit einem fast konstanten Alkaloidgehalt von 5%. Der Extrakt enthält alle wirksamen Bestandteile der roten Chinarinde in gelöstem Zustande, dagegen fehlen darin alle nicht wirksamen, daher nutzlosen und den Magen nur beschwerenden Substanzen. Die in der Rinde vorhandene Chinagerbsäure ist nicht in Chinarot umgesetzt, sondern in gelöster Form vorhanden.

Picks eigene, über viele Monate sich erstreckenden Versuche mit dem Extr. Chinae Nanning umfassen die verschiedensten Formen von Dyspepsie, die er der bequemeren Übersicht halber in fünf Abteilungen gruppieren will:

A. Dyspepsie bei subakuten und chronischen Magenerkrankungen (Katarrhen) 14 Fälle.

B. Dyspepsie bei Chlorose 4 Fälle.

C. Dyspepsie bei Tuberkulösen 8 Fälle.

D. Dyspepsie in der Rekonvaleszenz nach schweren, fieberhaften Erscheinungen 5 Fälle.

E. Dyspepsie und Quecksilberkuren 3 Fälle.

Autor beobachtete in allen Fällen eine günstige therapeutische Einwirkung.

Der Nanningsche Chinarindenextrakt wurde durchwegs gut vertragen und unangenehme Nebenwirkungen hat er nicht beobachtet.

VI. Notizen.

Niederösterreichischer Landessanitätsrat. In der Sitzung des niederösterreichischen Landessanitätsrates vom 11. Mai 1908 wurden über folgende Gegenstände Gutachten abgegeben: 1. Über sanitäre

Vorschriften über den Betrieb von Milchsammelstellen. 2. Über das Projekt für den Neubau eines öffentlichen Krankenhauses in einer Landgemeinde von Niederösterreich. 3. Über das Projekt für die Erweiterung eines bestehenden öffentlichen Krankenhauses in Nederösterreich.

— Am 7. d. M. fand die konstituierende Versammlung des Vereines russischer Ärzte in Wien statt. Der Verein verfolgt unter anderen folgende Ziele: Förderung russischer Ärzte, die Wien zum Zwecke ihrer wissenschaftlichen Vervollkommnung aufsuchen. Annäherung der Ärzte untereinander, ihre Bekanntmachung mit den Lebensbedingungen in Wien, Hilfe im Erkrankungsfalle, Auskunftserteilung über Vorlesungen, Kurse, praktische Arbeiten usw.

Von der Prager deutschen Universität. Prof. Dr. Emanuel Zaufal, Leiter der otologischen Klinik in Prag, hat nach Vollendung seines 70. Lebensjahres an der Prager deutschen Universität sein Ehrenjahr absolviert und scheidet vom akademischen Lehramte. Zur Besetzung seiner Lehrkanzel wurde ein Ternavorschlag erstattet. Primo loco wurde Prof. Dr. Johann Habermann, Leiter der Universitäts-Ohrenklinik in Graz, vorgeschlagen, secundo loco Professor Dr. Otto Pfiffl von der deutschen Universität in Prag, tertio loco der Privatdozent der Wiener Universität, Regimentsarzt Dr. Karl Biehl, Leiter der Abteilung für Ohrenkrankheiten im Garnisonsspital Nr. 1.

Die Academia medico-fisica in Florenz schreibt einen von Dr. J. Galligo gestifteten Preis von 500 Lire für eine bemerkenswerte Arbeit aus dem Gebiete der Syphilographie oder Kinderheilkunde aus. Als Einreichungstermin für die in italienischer Sprache niedergeschriebene Arbeit ist der 30. April 1909 bezeichnet.

Ophthalmologische Gesellschaft, Heidelberg 1908. Die diesjährige Zusammenkunft findet in Heidelberg am 5., 6. und 7. August statt. Dienstag, den 4. August, abends 6 Uhr: Vorstandssitzung in der Wohnung von Prof. Leber, nach 8 Uhr abends: Zwanglose Zusammenkunft im Stadtgarten. Mittwoch, den 5. August, vormittags 9 Uhr: Sitzung in der Aula der Universität. Nachmittags $2^1/_2$ Uhr: Demonstrationssitzung in dem Physiolog. Universitätsinstitut (Akademiestraße). Abends 6 Uhr: gemeinsames Mahl in der Stadthalle. Donnerstag, den 6. August, vormittags 9 Uhr: Sitzung in der Aula. 12 Uhr: Mitgliederversammlung. Nachmittags 3 Uhr: eventl. zweite Demonstrationssitzung. $4^1/_2$ Uhr: gemeinschaftlicher Ausflug. Freitag, den 7. August, vormittags 9 Uhr: Sitzung in der Aula. Vorträge und Demonstrationen sind unter genauer Angabe des Themas in der Zeit vom 1. Mai bis spätestens den 30. Juni bei dem Schriftführer anzumelden. Später angemeldete Vorträge dürfen nach Beschluß der Gesellschaft vom Jahre 1903 nicht mehr auf die Tagesordnung gesetzt werden. Dem Herkommen unserer Gesellschaft widerspricht es, Vorträge bei der Versammlung zu halten, deren Inhalt schon vorher publiziert worden ist. Die Manuskripte der Vorträge sind noch vor Schluß der Zusammenkunft druckfertig an den Schriftführer abzugeben.

Ludwig Thoma und R. Geheeb. Die 441 besten Witze aus dem Simplicissimus. Umschlagszeichnung von Th. Th. Heine. Preis geheftet Mk. 2, in Leinen gebunden Mk. 3. Verlag von Albert Langen in München. Dieses Buch wird überall die größte Heiterkeit entfesseln, enthält es doch die 411 besten Witze aus 12 Jahren des berühmten Münchener Witzblattes. Die Auswahl ist von den Herausgebern mit der größten Strenge und Sorgfalt getroffen worden; und wer den Simplizissimus kennt, wird sich denken können, daß bei der Beschränkung in der Zahl, die sie sich auferlegt haben, kein einziger Witz in dem Buche steht, der nicht wirklich gut wäre. Es handelt sich hier nicht etwa um Anekdoten, wie sie in dem bekannten Bändchen unter dem Titel „Lieber Simplicissimus" gesammelt erschienen, sondern ausschließlich um kurze, knappe, schlagende Texte, wie sie als Legenden unter den Zeichnungen stehen. Natürlich sind nur solche ausgewählt worden, die auch ohne Bild für sich selbst wirken, nur solche, die über das aktuelle Interesse hinaus einen bleibenden Wert haben und in ihrer Art klassisch sind. — Der Simplicissimus ist ja dafür bekannt, wie bahnbrechend er gerade auch durch die feine und natürliche Fassung seiner Bildertexte gewirkt hat. So wird man auch in literarischer Beziehung seine Freude an diesem lustigen Buche haben, das sicher die beste Witzsammlung ist, die es gibt.

VII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe Wopfing, Peisching, Dürnbach und Miesenbach (Niederösterreich). Die mit den Nachweisen über die österreichische Staatsbürgerschaft, die Berechtigung zur Ausübung der ärztlichen Praxis in Österreich, die physische Befähigung und moralische Unbescholtenheit ordnungsgemäß belegten Gesuche sind bis längstens 11. Juni l. J. an das Bürgermeisteramt Wopfing, Post Waldegg, zu richten, wo auch die weiteren Auskünfte mündlich oder schriftlich (gegen Retourmarke) erteilt werden.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 24. Wien, 13. Juni 1908. **Nr. 24.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 18313) zu senden.

Das Rätsel der Genickstarre.

Von **Dr. Meyer** in Bernstadt, Sachsen-Altenburg.

(Schluß.)

Bezüglich der Ursachen der sonstigen nicht beim Militär vorkommenden Fälle wird man bei solcher Forschungsmethode gewiß Erfolge erzielen und für die meisten Fälle den Ursprung aus irgend einer Darmgiftbildung nachweisen können. Ein gehäuftes Vorkommen würde dann ebenso wie beim Typhus (l. c.) auf den gemeinsamen Genuß irgend einer bekannten oder noch zu erforschenden Schädlichkeit schließen lassen. Es ist auch nicht undenkbar, daß unter gewissen Bedingungen, denen manchmal eine ganze Reihe von Individuen ausgesetzt sein mag, ein ganz bestimmtes Gift, jedenfalls im Darm mit ganz bestimmter Affinität zu den Schutzhüllen des Zentralnervensystems hat und dementsprechend einwirkt. Eine solche Annahme hat nichts befremdliches, wenn wir uns daran erinnern, daß gewisse Alkaloide pflanzlicher oder tierischer Provenienz eine nachweisbare Affinität zu gewissen Organbezirken haben (Kurare, Digitalis, Pilokarpin, Phenazetin, Opiate usw.).

In einer Reihe von Fällen mag auch eine anfänglich stürmische und massenhafte Gifteinwirkung nach Aufhören der Giftzufuhr noch Nachwirkungen insofern zeitigen, als die bei der heftigen Entzündung entstandenen Entzündungsprodukte (Ausschwitzungen) dann auch ihrerseits als Fremdkörper wirkten und die im geschlossenen Bezirke verlaufende Entzündung zur Eiterung überführten.

Die häufigste Ursache scheint aber in erster Linie eine ständig einwirkende Darmgiftbildung, welche je nach Dauer zu Hyperämie, Entzündung und schließliche Eiterung führt.

Bei solchen Erwägungen ist bestimmt anzunehmen, daß weit häufiger, als man bisher anzunehmen geneigt war, es Fälle von leichter Erkrankung der weichen Gehirnhäute, der sogenannten Leptomeningitis gibt und daß es von der Menge bezw. Dauer der Gifteinwirkung und der eingeleiteten Behandlung abhängt, ob die anfänglich leichte Hyperämie die weiteren Phasen der eigentlichen Entzündung durchmacht oder nicht. Darüber, warum in den unbeeinflußten Fällen die Giftbildung aufhört, kann man nur Vermutungen haben. Am meisten Wahrscheinlichkeit dürfte die Annahme haben, daß unter dem Einflusse der Fieberbildung in den meisten Fällen eine Eintrocknung der Ingesta und unter dem Einflusse der Appetitlosigkeit eine weitere Zufuhr von Toxinbildnern (Nahrung) ausgeschaltet wird.

Besser unterrichtet sind wir über die Ursachen der Darmstase und die damit in Zusammenhang stehende Darmgiftbildung.*) Gewisse Forschungsergebnisse beim Einverleiben einiger, als die Darmpassage verlangsamend bekannter Medikamente, z. B. der Opiate, sind bereits veröffentlicht worden.**) Es hat sich herausgestellt, daß unter dem Einflusse von Opiaten sich der Darm sowohl in seiner Quer- als auch Längsmuskulatur zusammenzieht und je nach Dauer der Opiateinwirkung zusammengezogen bleibt. Man hat dies eine aktive Mittelstellung des Darmes genannt. In ähnlicher Weise wirken nun direkte oder indirekte Erkältungen der Baucheingeweide (kalter Trunk, kalte Füße, dünne Kleidung, kaltes Baden, Sitzen auf kalter Unterlage, Barfußgehen, Ablegen der Unterkleider usw.), welche auf reflektorischem Wege eine aktive Mittelstellung bewirken. In ganz analoger Weise scheinen auch gewisse seelische Affekte, zumeist depressiver Art (Kummer, Schmerz, Sorge, Ärger, Gram, Furcht, Schreck) zu wirken. Ein plötzlicher seelischer Shok scheint ebenso giftig zu wirken als eine Reihe von schweren Insulten, die schließlich den Zusammenbruch unter hochfieberhaften Erscheinungen als Folge einer reflektorisch entstandenen Darmstase mit Giftbildung und mit Resorption bewirken. Die alten Romanschrifssteller hatten ganz Recht, wenn sie ihre Helden bisweilen nach heftigen psychischen Erregungen in ein schweres Nervenfieber verfallen ließen, sie hielten sich damit mehr an die Wirklichkeit bezw. Wahrscheinlichkeit als mit dem beliebten „Onkel aus Amerika“.

Bei Beurteilung der mancherlei Möglichkeiten der Krankheitsentstehung im allgemeinen und der Entstehung der Genickstarre im besonderen müssen wir noch das Fazit einer Reihe von Faktoren suchen, die zum Teil noch unbekannte Größen sind. Wir werden, wenn wir uns diesen

*) Zu verweisen wäre hier in erster Linie auf Verfassers Schriften: Die Gesundheitsstörungen vom Darm aus. O. Gmelin, München; Ein Beitrag zur Behandlung der Lungenentzündung. Deutsche Ärztezeitung 1907; Ist der Typhus eine Infektionskrankheit? l. c. usw.

**) Prof. Dr. J. Pal, Wien. med. Presse 1900, 45.

bisher vernachlässigten Forschungen näher zuwenden, bald in die Lage kommen, allgemein und speziell wirkende Ursachen ausfindig zu machen und oftmals geradezu prognostische Schlüsse zu ziehen; ebenso, wie wir heute schon an der Hand mancher Erfahrungen vorhersagen können, daß gewisse, allgemein wirkende Ursachen (z. B. Kriegszeiten mit seelischen Alterationen ganzer Völker) und spezielle Faktoren (individuelle Disposition, Alkoholgenuß) eine auffällige Vermehrung der geistigen Störungen herbeiführen (Russ. Jap. Krieg). Welche allgemeinen und besonderen Ursachen solchenfalls bei den einzelnen und gehäuften Fällen von Genickstarre obwalten mögen, ist noch näher zu erforschen. Außer dem herrschenden „Genius klimaticus“ (Niederschlagsmenge, Luftfeuchtigkeit, Barometerstand, Lufttemperatur, Isolation, Windströmungen usw.) müßten gleichzeitig die Wohnungsverhältnisse (verdorbene Luft, Kohlenoxyd), die Art der Ernährung, der Alkohol- und Nikotingenuß, etwaige erbliche Anlage, auslösende Momente usw. zu erforschen sein. Man wird denn bei vergleichenden Beobachtungen die Genickstarre als das Ergebnis einer Reihe von noch unbekannten, aber zu berechnenden Faktoren erkennen und nicht als die „Infektion“ durch einen harmlosen Bewohner gesunder Zerebrospinalflüssigkeit, dessen Übertragung noch nicht in einem einzigen Falle beobachtet und konstatiert werden konnte. Es würden dann die für „Desinfektionszwecke“ aufgewendeten Summen und behördlichen Maßnahmen mit ihren Verdrießlichkeiten wichtigeren Zwecken zufließen können, ebenso wie z. B. die kostspieligen Maßnahmen für Abwendung der Nonnenraupen, Heuschreckenplage, Reblaus, Kartoffelkrankheit, Mehltau usw., deren Abhängigkeit von klimatischen Einflüssen jedem Praktiker bekannt ist. Ein einigermaßen strenger Winter räumt mit solchen Schädlingen am besten auf, während Tausende von Waggonladungen mit Desinfizientien ihr Fortwachsen nicht aufhalten würden, sobald milder Winter oder gewisse Bodenverhältnisse (z. B. Trockenheit, niedriger Grundwasserstand usw.) ihr Gedeihen begünstigen. Das massenhafte Auftreten z. B. der Nonnenraupe im vergangenen Jahre war, obgleich in den Vorjahren nur vereinzelte Exemplare zur Beobachtung kamen, nahezu mit Sicherheit auf die mehrjährigen milden Winter zurückzuführen, während es dem letzten schweren Winter gelungen sein dürfte, der Brut weit sicherer den Garaus zu machen, als die verunzierenden Teerringe um die Bäume, die doch nur einen Bruchteil der Waldungen — eine Einwirkung überhaupt vorausgesetzt — nützen konnten, während die ungeteerten Bäume doch Brutstätten bleiben mußten.

Die Ziele der Vorbeugung und Behandlung ergeben sich nach dem Gesagten von selbst. Es muß in erster Linie darauf ankommen, eine Massendisposition unter Bewertung der verschiedenen geschilderten Möglichkeiten nicht aufkommen zu lassen. Vor allem wird man sich mehr den Schädigungen der Fleischkost zuwenden und eine mehr vegetarische Nahrung empfehlen, die außer sanitären und finanziellen Gründen in neuerer Zeit infolge der Vervollkommnung der Industrie (Obst- und Gemüsekonserven, Backwaren, Nußpräparate usw.) auf breite Massen anziehender zu werden beginnt. Zur eigentlichen Vorbeugung gehört auch eine systematische Darmpflege durch geeignete Diät und durch milde morgendliche Darmauswaschungen mittels milder Salzlösungen (Sanosal und Bitterwässer).

Die gleiche Medikation erweist sich auch angezeigt bei mehr oder weniger zum Ausbruch gelangten Fällen, nur daß es sich hier empfiehlt, zur Erzielung einer starken Evakuation des Darmes einige stärkere Purgantien zu geben, besonders das Kalomel, das bereits in alten Zeiten mit Erfolg gereicht wurde. Allein für sich ohne die auswaschende Reinigung durch Mittelsalze scheinen selbst kräftige Purgantien nicht auszureichen, da trotz vermehrter Darmbewegung in den Rezessus des Darmes sich einzelne Ingesta erhalten, deren Entfernung nur einer Darmauswaschung gelingt.

Die Entfernung bereits im Säftestrom kreisender massenhafter Toxine und somit die Verbesserung von Blut und Lymphe bleibt dann den altbewährten Methoden des Aderlasses und gewisser klärender Medikamente (Salizylpräparate, Pilokarpin usw.) vorbehalten und richtet sich von Fall zu Fall.

Als wichtigstes Unterstützungsmittel behauptet das warme Bad mit individuell verschieden bemessenen sonstigen hydriatischen Prozeduren wegen des hervorragenden Einflusses auf Atmung der Haut und Lungen, Nierenausscheidung (Blutentgiftung) und Tätigkeit des Nervensystems die erste Stelle.

Die Bedeutung der modernen Syphilisforschung für die Bekämpfung der Syphilis.

(Fortsetzung.)

Wenn wir heute von der Spezifizität der Komplementbindung sprechen, so dürfen wir uns, wie ich nochmals betonen möchte, auf die theoretischen Untersuchungen nicht mehr stützen, weder in dem Sinne, daß diese Reaktion spezifisch ist, noch in dem anderen Sinne, daß sie unspezifisch ist. Wir müssen uns vielmehr ausschließlich auf die klinischen Untersuchungen stützen, und da haben die Untersuchungen, die ich seinerzeit in der zweiten medizinischen Klinik vor nunmehr 10 Monaten begonnen habe und die ich dann in Gemeinschaft zunächst mit Herrn Franz Blumenthal und dann in sehr großem Maßstabe mit Herrn A. Blaschko fortgesetzt habe, folgendes ergeben.

1. Es zeigte sich, daß die Angaben von Wassermann, Neisser, Bruck und Schucht über die Seltenheit der Reaktion sich nicht bestätigten, daß die Komplementbindung vielmehr bei fast allen Syphilitikern ein positives Resultat gab.

2. Es zeigte sich, daß die Krankheiten, die wir aus rein klinischen Gesichtspunkten bisher schon in einen Konnex zur Lues gebracht haben, wie die Paralyse und Tabes, die Reaktion in nahezu dem gleichen Verhältnis gaben wie die Lues selbst, daß also die Wassermann-Plautsche Annahme von einer tiefgreifenden Differenz zwischen Luetikern und Paralytikern bezüglich der Serumreaktion sich nicht aufrecht erhalten ließ. Dagegen konnte die Wassermann-Plautsche Entdeckung, daß die Paralytiker nicht nur im Serum, sondern auch in der Lumbalflüssigkeit Luesreagine enthalten, voll bestätigt werden.

3. Es zeigte sich, daß Nichtsyphilitische und Unverdächtige diese Reaktion nie oder mit ganz wenigen Ausnahmen, die ich namentlich aufzählen will, gaben.

In einer Reihe von Fällen, in denen die Serodiagnostik mit der klinischen Untersuchung nicht übereinstimmte, hat die Sektion — es sind im ganzen nur fünf Fälle — recht interessante Ergebnisse gebracht. In dem ersten Falle, über den ich seinerzeit in meinem im Verein für innere Medizin im Mai vorigen Jahres gehaltenen Vortrage berichtet hatte, handelte es sich um eine Frau, bei der wir klinisch die Diagnose Leberlues gestellt hatten. Die Frau wußte zwar nichts von einer Lues, hatte aber mehrere Aborte gehabt und hatte auf Grund einer eingeleiteten diagnostischen Schmierkur eine subjektive Besserung angegeben. Die Serumreaktion war schon vor der spezifischen Kur negativ. Ich hatte damals gerade erst die ersten Versuche gemacht, die von Wassermann und seinen Mitarbeitern theoretisch begründete Serodiagnostik klinisch nutzbar zu machen und hatte nicht den Mut, auf Grund meiner damaligen Kenntnisse ein Urteil abzugeben, was diese Reaktion besagt. Ich habe deshalb in meinem damaligen Vortrage diesen Fall als einzigen mitgeteilt, in dem eine Differenz zwischen klinischem und serologischem Befund bestand, und habe daraus geschlossen: Wir dürfen auf den negativen Befund bei der Serodiagnostik nichts geben. Heute würde ich in einem solchen Falle sagen: Lues ist zwar nicht völlig ausgeschlossen, ist aber in



höchstem Grade unwahrscheinlich. Inzwischen ist diese Frau gestorben, und es hat sich herausgestellt, daß die sereologische Untersuchung recht hatte, es hat sich um einen Leberechinokokkus gehandelt, nicht um Leberlues.

Dann hatte ich eine Reihe von Fällen, welche serologisch positiv waren und bei denen die klinische Untersuchung und die Anamnese nichts für Lues ergeben hatte. Es handelte sich um einen Fall von Urämie. Der Fall kam zur Sektion. Es zeigte sich, daß außer der Nierenerkrankung, welche die Urämie hervorgerufen hatte, noch ein Hepar lobatum bestand.

Ein dritter Fall betraf einen Mann mit Lungenkarzinom. In diesem Falle war auch nichts von Lues bekannt. Die ganze Anamnese sprach gegen Lues. Die Sektion ergab außer dem Lungenkarzinom ein Hepar lobatum.

Ein vierter Fall betraf eine Apoplexie. Hier wurde bei der Sektion nichts von Lues gefunden, trotzdem die Reaktion positiv gewesen war.

Der fünfte Fall betraf eine Zerebellarataxie. Es handelte sich um einen durch ein miliares Aneurysma bewirkten Erweichungsherd im Kleinhirn. Auch hier ergab die makroskopische Sektion zunächst nichts. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich jedoch in der Media und Adventitia der Aorta Veränderungen, so daß auch hier gewisse Anhaltspunkte für Lues gefunden wurden.

Diese Sektionsbefunde sind natürlich in keiner Weise allein ausreichend, um irgendwelche Schlüsse zu machen. Sie zeigen uns jedoch, daß zum mindesten in den Fällen, in denen kein klinisches Symptom für Lues vorlag und die Serumreaktion positiv ausfiel, Anhaltspunkte für Luesverdacht vorgelegen haben, und wir müssen, wenn Sie sehr vorsichtig sein wollen, es in suspenso lassen, ob hier die klinische oder die sereologische Untersuchung recht hat.

Sicher Gesunde, die überhaupt an keiner Krankheit litten und positive Reaktion gaben, habe ich überhaupt nicht beobachtet.

Endlich fand ich einen Fall, der besonders erwähnenswert ist, und dieser Fall ist ein Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, welchen ich Herrn Prof. Rosin verdanke. Dieser Fall war positiv. In diesem Falle ist meines Wissens — ich habe die Patientin selbst nicht gesehen, ich habe nur das Blut bekommen — klinisch und anamnestisch nichts von Lues festgestellt worden.

Nun haben aber schon in früherer Zeit verschiedene Autoren sich dahin ausgesprochen, daß Beziehungen zwischen paroxysmaler Hämoglobinurie und Lues bestehen, namentlich haben Donath und Landsteiner darauf hingewiesen, daß bei einem Teil der Paralytiker sich ein gleiches oder ähnliches Phänomen wie bei der paroxysmalen Hämoglobinurie erzeugen läßt. Es ist nun sehr interessant, daß dieser Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie eine positive Serumreaktion auf Lues gab. Ich schließe nicht daraus, daß dieser Fall luetisch sein muß. Ich kann mir sehr wohl vorstellen, daß ebenso wie Framboesiefälle eine positive Reaktion geben, auch noch andere uns unbekannte ätiologische Ursachen Krankheiten erzeugen können, welche im Blute den Luesreaginen nahestehende Substanzen erzeugen und eine positive Reaktion geben, welche uns Syphilis vortäuscht. In einem anderen Falle von paroxysmaler Hämoglobinurie, der auf unserer Klinik zur Beobachtung kam, war keine Reaktion im Blute nachweisbar, hier war aber auch das Donath-Landsteinersche Phänomen negativ.

Ich begnüge mich mit diesen wenigen Hinweisen bezüglich der diagnostischen Bedeutung der Methode. Herr A. Blaschko, mit dem ich gemeinsam weitere 400 Fälle untersucht habe, hat ihnen ja schon ausführlich über das gemeinsam untersuchte Material berichtet, und Sie haben daraus ersehen, daß alles, was ich in meinen früheren Mitteilungen über die diagnostische Verwertbarkeit der Wassermannschen Komplementbindungsmethode gesagt habe, volle Bestätigung gefunden hat.

(Fortsetzung folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Organisation. — Der Kampf um die gynäkologischen Kliniken der Wiener Bezirkskrankenkasse.)

Ein Mitarbeiter unseres Blattes hatte Gelegenheit, mit einem Kollegen zu sprechen, der in der sozialärztlichen Organisation eine hervorragende Rolle spielt. Als er ihn auf die Unzulänglichkeit der Organisation aufmerksam machte, wies der andere andererseits auf den mangelnden Sinn für die gemeinsamen Interessen hin. „Sehen Sie, Herr Kollega, da wurde den Floridsdorfer Bahnärzten hinterrücks die Behandlung der Familienangehörigen aufgebürdet. Wir von der Organisation machten nun bei dem Minister Schritte, um diese Maßregel rückgängig zu machen. Was erlebten wir aber? Die Floridsdorfer Bahnärzte selbst bestürmten die Direktion, es bei dem jetzigen Zustande bewenden zu lassen; lieber wollten sie sich schinden, mit der Hoffnung, in ein paar Jahren ihren Gehalt um ein paar Kronen vermehrt zu sehen, als ihre übrigen Kollegen in Floridsdorf an der Behandlung der Familienmitglieder teilnehmen zu lassen. Wie sollen wir also bei einem solchen Tiefstand des sozialärztlichen Geistes Erfolge erringen? Wir brauchen nur das Wort: Freie Ärztewahl, fallen zu lassen und alle Kassenärzte werden nervös. Wir Ärzte können, was den Sinn für die Gemeinsamkeit und die Solidarität unserer Interessen betrifft, mit den Arbeitern nicht konkurrieren“!

Wir geben durchaus nicht zu, daß diese Umstände den Stillstand der sozialwirtschaftlichen Arbeit vollkommen rechtfertigen. Aber teilweise hatte der Verteidiger der Organisation sicher recht. Es ist betrübend zu sehen, wie die Ärzte sich eigentlich in zwei Lagern spalten. In solche, die materiell gut gestellt sind, sei es, daß sie ein oder zwei Dutzend Kassen versehen und die sich um die Organisation nicht kümmern, und in solche, die keine Kassenpraxis versehen, für die Organisation aber nichts leisten können. Daß muß anders werden.

Die Eröffnung der Frauenkliniken steht vor einem großen Hindernis. Der Landesausschuß hat die Bedingung gestellt, daß er die Aufnahmskanzlei nicht früher übergebe, bevor der Staat nicht die dritte Klinik, das ist die Hebammenschule, übernehme. Die Professoren Hofräte Schauta und v. Rosthorn weigern sich aber bekanntlich, die Kliniken zu übernehmen, so lange ihnen nicht die Aufnahmskanzlei sicher ist, da sie fürchten, nicht genügendes Krankenmaterial zu bekommen. Der Landesausschuß hat sich bereit erklärt, dem Staate für die Übernahme der dritten Klinik 640.000 K zu geben, welche ihm für die Lokalitäten gebühren würden. Voraussichtlich wird der Landtag auch einen Rest von 160.000 K dazu bewilligen, so daß der Staat vom Lande 800.000 K für das gesamte Inventar bekommen würde. Das Finanzministerium will auf diesen Vorschlag nicht eingehen und verlangte vom Lande außerdem noch eine Million Kronen. Landesausschuß Bielohlawek hat nun in einer Enquete erklärt, daß das Land nicht einen Heller mehr opfere, und wenn die Unterrichtsverwaltung beziehungsweise das Finanzministerium nicht nachgeben sollte, so würde das Land selbst die dritte Klinik bauen. Der Bau der dritten Klinik durch das Land selbst erfordere zwar ein Opfer, doch werde dieses das Land noch leisten können. Für die Unterrichtsverwaltung beziehungsweise aber für die Kliniken bedeutet die Erbauung einer eigenen Klinik und Hebammenschule durch das Land eine Katastrophe; denn dann werden alle Niederösterreicherinnen von der dritten Klinik requiriert, so daß für die beiden neuen staatlichen Kliniken nur ein geringes Unterrichtsmaterial übrig bleiben würde. Außerdem kann der Staat die Verpflegskosten für seine Kliniken nur in jener Höhe ansetzen, wie sie der Landesausschuß für die seinige festsetzt. Baut nun der Landesausschuß die neue Gebärklinik in dem bereits hiezu reservierten Raume in Gersthof neben der neuen Landesfindelanstalt, so kann er die Küche und Wäscherei des Landes-Zentralkinderheims, überhaupt die ganze Administration für beide Anstalten verwenden und die Verpflegskosten danach billiger berechnen. Der Krankenhausfonds befindet sich aber schon bei der dermaligen Verpflegstaxe im Defizit und wird selbe für die neuen



Kliniken in keiner Weise genügen, so daß die Gefahr für den Staat besteht, mit dem Krankenhausfonds in ein noch größeres Defizit zu kommen. Es steht die Sache also so, daß die beiden mit den riesigen Kostenaufwande von nahezu zehn Millionen Kronen erbauten Kliniken kein Unterrichtsmaterial besitzen würden und überdies die Verwaltung fortwährend mit einem großen Defizit zu kämpfen hätte. Die Angelegenheit liegt nun in der Hand des Finanzministeriums, welches bezüglich eines Beitrages von 500.000 bis 600.000 K Schwierigkeiten macht. Selbst Landesausschuß Bielohlawek erklärt, diesmal hätten die Professoren Rosthorn und Schauta vollkommen recht; es sei im Interesse der Wissenschaft und des Fortschrittes gelegen, daß alle drei Kliniken in eine einzige Verwaltung kommen, weil infolge der Zweiteilung geradezu Mißstände herrschen.

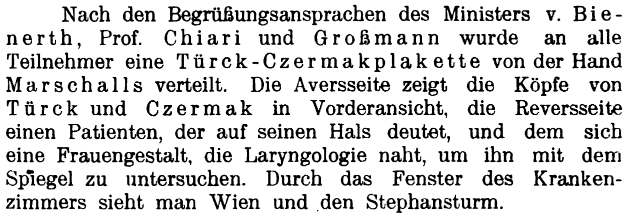
Im großen Sitzungssaale des Gebäudes der Wiener Bezirkskrankenkasse fand vorige Woche die Generalversammlung dieser Krankenkasse statt. Zu dem von der Direktion vorgelegten Jahresberichte führte der Präsident der Krankenkasse kaiserlicher Rat Josef Buchmüller aus: Wenn das Berichtsjahr auch mit einem Gebarungsabgang von 88.490·42 K schloß, so sei dies noch immer kein Grund, zu verzagen. Die abnormalen Verhältnisse, welche diesen Abgang verschuldeten, müssen sich ja nicht wiederholen. Die Influenzaepidemie, welche vom Herbst 1906 bis weit in das Frühjahr 1907 sich hineinzog, steigerte die Ausgaben um ein Bedeutendes. Die den Kassenmitgliedern unmittelbar zugekommenen Leistungen der Kasse betrugen im Jahre 1907 84·52% der Gesamteinnahmen. Die Krankengelder nahmen allein 47·35% der Gesamtgelder in Anspruch, sie folgen in ihrer Höhe gleich dem bisher höchsten Erfordernisse des ungünstigsten Jahres 1905. Die Krise im Baugewerbe hat ein beträchtliches Sinken des Mitgliederstandes herbeigeführt. Die Mitgliederzahl sank von 169.662 auf 149.649 Personen. Wollte man von der übermäßigen und ungerechten Belastung der Kasse sprechen, so müßte man die alte Klage wiederholen, daß das Gesetz selbst diese ungerechte Überlastung der Kasse verschuldet habe. Die Entbindungsbeiträge allein machen 131.004 K aus, hiezu kommen noch die Entschädigungen für geburtshilflichen Beistand per 40.685 K, zusammen 171.663 K. Der Präsident kaiserlicher Rat Buchmüller schloß seine Ausführungen mit dem Wunsche, daß der Bezirkskrankenkasse im Jahre 1908, welches mit normalen Gesundheitsverhältnissen begonnen hat, die Möglichkeit zu einer finanziellen Erholung geboten werde. Der Reservefonds beträgt nach Abzug des eingangs erwähnten Gebarungsabganges zurzeit 1,617.818 K. Wie aus einem Berichte des Direktors der Anstalt Herrn Robert Scholtze hervorgeht, gestaltete sich der Beginn des heurigen Jahres für die Kasse äußerst günstig. So wurden im März mehr Beiträge eingenommen und um 40.000 K weniger Krankengeld ausbezahlt als im März 1907. Es wurde in den fünf Monaten bereits der gesamte Gebarungsabgang des Jahres 1907 fast gedeckt, so daß die Bezirkskrankenkasse in diesem Jahre wieder aktiv wird. Zum Schluß wurden Ergänzungswahlen in den Vorstand und Neuwahlen für das Schiedsgericht und den Überwachungsausschuß vorgenommen.

Internationaler Laryngo-Rhinologenkongreß.

Wien 20.—25. April 1908.

Der zweite Kongreß, der in Wien tagte, war der Laryngologenkongreß. Sein Verlauf wäre womöglich noch glänzender und befriedigender gewesen, als der des vorausgegangenen Internistenkongresses, wenn nicht der plötzliche Tod Schrötters einen tragischen Zwischenfall gebildet hätte.

Die Wiener Hochschule konnte sich bei dieser Gelegenheit rühmen, an der Wiege der Laryngologie Pate gestanden zu sein. Durch Türck und Czermak wurden die Grundsteine gelegt, auf welchen heute die Epigonen weiter bauen. Stoerk, Schrötter, Schnitzler, Jellinek, Mikulicz, Hacker haben das Angefangene tüchtig gefördert.



Nach den Begrüßungsansprachen des Ministers v. Bienerth, Prof. Chiari und Großmann wurde an alle Teilnehmer eine Türck-Czermakplakette von der Hand Marschalls verteilt. Die Aversseite zeigt die Köpfe von Türck und Czermak in Vorderansicht, die Reversseite einen Patienten, der auf seinen Hals deutet, und dem sich eine Frauengestalt, die Laryngologie naht, um ihn mit dem Spiegel zu untersuchen. Durch das Fenster des Krankenzimmers sieht man Wien und den Stephansturm.

Hierauf hielt v. Schrötter die Festrede; es sollte seine letzte sein.

Über die Bedeutung der rhino-laryngologischen Untersuchungen für die allgemeine Diagnose sprach Dr. Lermoyez, Paris.

In Wien hat die Laryngologie im Jahre 1857 das Licht der Welt erblickt. Türck gelang es nach zahlreichen Experimenten an der Leiche, ein sehr einfaches Instrument zu konstruieren, welches es ermöglicht, das Innere des Kehlkopfes bei lebenden Menschen zu sehen. Türck wußte nicht, daß Manuel Garcia bereits früher in einen lebenden Kehlkopf hineingesehen hatte, nämlich in seinen eigenen. Der berühmte Gesangsmeister kam nämlich bei seinen Studien über die Stellung der Stimmbänder während des Singens auf die ingeniöse Idee, mittels zweier Spiegel bei entsprechender Beleuchtung den eigenen Kehlkopf zur Ansicht zu bringen. Czermak machte die Entdeckung Türcks den Ärzten bekannt. Er hielt Vorlesungen über Laryngoskopie, verbesserte die Apparate, führte künstliche Lichtquellen anstatt des Sonnenlichtes ein und vervollständigte die Untersuchungsmethoden durch Einführung der Rhinoskopie, der Untersuchung der Nase vom Rachen aus. Dank den Arbeiten dieser beiden österreichischen Ärzte konnte die Pathologie der oberen Luftwege bald dieselben Fortschritte verzeichnen, wie die Lungenpathologie nach der Entdeckung der Auskultation.

Sehr bald kam die Laryngologie zur Anwendung bei chirurgischen Fällen; sehr bald wurde sie für chirurgische Eingriffe im Kehlkopfe angewendet; Lewin und Bruns bedienten sich ihrer bei Operationen, und es gelang ihnen, mit Hilfe des Kehlkopfspiegels eine Reihe chirurgischer Krankheiten zu diagnostizieren und zu heilen, insbesondere Neubildungen des Kehlkopfes, denen gegenüber die innere Medizin fast hilflos und die alte Chirurgie von sehr geringem Werte war.

Das große Kapitel der Kehlkopflähmungen wurde im Jahre 1860 von Traube wissenschaftlich begründet. Der Kehlkopfspiegel erwies sich als eines der wichtigsten Hilfsmittel zur Diagnose innerer Krankheiten, indem es Traube gelang, mit Hilfe des Spiegels eine Erweiterung der Brustaorta zu diagnostizieren. H. Gerhardt und Türck beschrieben die Symptome verschiedener Kehlkopflähmungen. Später wurde dieses Kapitel wesentlich bereichert durch das von Semon und durch die Entdeckung des Nervenzentrums für den Kehlkopf durch Krause. Seither ist der Kehlkopf für jeden Arzt ein sehr wichtiges diagnostisches Objekt, wenn es sich um Krankheiten des Schädels, des Rückenmarkes, des Halses oder des Brustkorbes handelt. Die Entdeckung der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume, welche Wilhelm Meyer im Jahre 1867 gelungen ist, war von größter Bedeutung für das Verständnis von Störungen in der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.

Mit einem Schlage wurde die Untersuchung der Nase eine wichtige Kunst des Arztes, und man lernte bald die große Bedeutung der mangelhaften Luftdurchgängigkeit der Nase für die Lunge, für das Herz, ja für das Wachstum des ganzen Organismus kennen. Im Jahre 1877 diagnostizierte Ziem die Eiterbildungen in den Knochenhöhlen des Gesichtes, welche mit dem Nasenraum zusammenhängen. Ihr weiteres Studium lehrte uns diese Nebenhöhlen der Nase genauer kennen, lehrte uns die Gefahren würdigen, welche von derartigen Eiterungen ausgehen, und gab uns Mittel zu ihrer Bekämpfung in die Hand.

Großes Aufsehen machte die Mitteilung von Hack im Jahre 1881, welcher die Bedeutung und die Tragweite der Nasenreflexe beschrieb. Da das Kokain es ermöglichte, schmerzlos in der Nase zu operieren, schien es, als ob „die Nosologie der Nasologie", die Lehre von Nasenkrankheiten. eine wahre Panazee werden sollte. Heute denkt man über die Bedeutung der Nasenreflexe etwas kühler; aber es muß zugegeben werden, daß die Nase mannigfache Fernwirkungen bedingen kann nicht bloß durch Verlegung oder mangelhafte Durchgängigkeit für den Luftstrom, sondern in noch höherem Grade durch die Auslösung verschiedenartiger nervöser Erscheinungen.

Kirstein und Killian öffneten neue Bahnen, indem sie mit geraden, röhrenartigen Instrumenten, wie man sie zur Besichtigung der Speiseröhre verwendet, in den Kehlkopf und in die großen Luftkanäle eindrangen — sie entdeckten die Bronchoskopie. Dieser junge Zweig der Laryngoskopie hat bereits reiche Früchte getragen. Mit Hilfe der Bronchoskopie ist es oft gelungen, Fremdkörper aus den Hauptluftstämmen zu entfernen, ohne den Kehlkopfschnitt machen zu müssen. Zweifellos wird die Bronchoskopie eine Revolution in der Pathologie der Bronchien bedingen, wie sie vor fünfzig Jahren die Laryngoskopie für die Pathologie des Kehlkopfes gebracht hat.

Nach Dr. Lermoyez sprach Professor Gluck, Berlin, über Operationen und die Resultate derselben, die von ihm an seiner Klinik bei Tuberkulose und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes ausgeführt wurden. Er zählt eine Reihe von Gruppen auf, zu welchen die Operationen gehören, und schildert die Methoden, durch welche die Gefahren der Operation soweit gemildert wurden, daß die Sterblichkeit bei den weniger komplizierten Eingriffen seit Jahren auf null Prozent, bei den komplizierten auf neun Prozent herabgesetzt wurde, überhaupt nicht über dreizehn Prozent hinausgeht. Anschließend stellte Gluck fünf Patienten vor, die vor neun Monaten bis 10 Jahren operiert wurden, und zwar in vier Fällen wegen Geschwülsten, einmal wegen Tuberkulose; alle Patienten sind vollkommen geheilt, sprechen deutlich, obwohl sie eine halbseitige oder vollständige Entfernung des Kehlkopfes, zum Teile auch der angrenzenden Organteile erfahren haben. Die Patienten sind vollkommen arbeitsfähig, daher das Resultat in jeder Beziehung ein sehr gutes.

Über den Zusammenhang der Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes mit denen des Auges sprach A. Onodi, Budapest. In Betracht gezogen wird die große praktische Wichtigkeit der Frage der therapeutisch günstigen Beeinflussung der nasalen Sehstörungen und der möglichen Vermeidung einer nasalen Erblindung. Onodi bespricht auf Grund eigener Untersuchungen und Beobachtungen den Zusammenhang der Nasenkrankheiten und ihrer hinteren Nebenhöhlen mit den Sehstörungen und die Entstehung der nasalen Erblindung. Er weist auf seine morphologische Forschung hin, welche die innigen Beziehungen der Sehnerven zu den hinteren Nebenhöhlen der Nase bewiesen und die Grundlage geschaffen haben zur ungezwungenen Erklärung der nasalen Sehstörungen und Erblindung. Er betont, daß neben bestehenden Erkrankungen der Nase auch aus anderer Ursache entstandene Sehstörungen vorkommen können.

Onodi bespricht die glänzenden Heilerfolge, welche bei konservativer und besonders bei operativer Behandlung zu verzeichnen sind, ebenso die Fälle von Verlust des Sehvermögens bei vernachlässigten Erkrankungen der Nebenhöhlen und verspäteten Eingriffen. Er behandelt die komplizierte Frage der Sehstörungen und der Erblindung auf der entgegengesetzten Seite oder auf beiden Seiten bei einseitiger Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen; ferner jene Fälle, wo infolge der Operationen an der Stirnhöhle und an der Nasenscheidewand die Erblindung des entgegengesetzten Auges eintrat. Auf Grund seiner morphologischen Befunde sind diese Fälle ohne gezwungene Hypothesen leicht zu erklären, ebenso die Möglichkeit einer künstlich erzeugten Sehstörung bei Ausräumung der hinteren Nebenhöhlen, wie dies in einem Falle bekanntlich geschehen ist. Er bespricht die Schädigung der Augenmuskelnerven bei Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen und die Heilerfolge bei operativem Eingriffe.

Nachdem Onodi den heutigen Stand der Lehre des kausalen Zusammenhanges zwischen Augenleiden und den von ihm besprochenen Nasenerkrankungen beleuchtete, gibt er der Hoffnung Ausdruck, daß die gemeinschaftliche rhinologische und ophthalmologische Forschung sowie exakte klinische und nekroskopische Beobachtung diese wichtige Lehre erfolgreich aufbauen werden. Zum Schlusse demonstrierte er an äußerst lehrreichen Präparaten die innigen Beziehungen des Sehnerven zu den hinteren Nebenhöhlen der Nase.

Dr. Löwe, Berlin, sprach über eine schwierige Nasenoperation.

Dr. Mahn, Paris, referierte über die Verwendung eines selbsttätigen Zungenhalters in der Rhino-Laryngologie. Das Instrument eignet sich sowohl zur Anwendung in der Kinderheilkunde und in der inneren Medizin, als auch in der Chirurgie und in der Rhino-Laryngologie. (Forts. folgt.)

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Je länger Arloing seine Studien der Tuberkulose betrieben hat, desto mehr ist er zu der Überzeugung gelangt, daß es nur einen einzigen Bazillus dieser Krankheit gibt, und daß die von mehreren Autoren befundenen und als bestehend behaupteten Arten oder Typen einfach zeitweilige Varietäten sind, deren anscheinend ständige Form nicht länger dauert als die Verhältnisse der Umgebung, unter denen sie entstanden sind.

Diese allgemeine Schlußfolgerung ergibt sich aus einer ganzen Reihe von Tatsachen, auf Grund deren er folgende Sätze aufstellt: 1. Streng abgegrenzte Typen sind selten zu finden. 2. Die Bazillen umfassen eine fast unbeschränkte Reihe von Individuen, welche nach Wachstum, Form und Infektionsvermögen allmählich aufeinander übergehen. 3. Diese Veränderlichkeit genügt, um die gewöhnlichen Merkmale der Tuberkulose bei den Säugetieren und Vögeln zu erklären. 4. Es liegt vom medizinischen und hygienischen Standpunkt aus eine wirkliche Gefahr darin, auf so wenig beständigen Unterschieden die Prinzipien für die Tuberkuloseverhütung zu begründen.

Im Anhang an diese Schlußsätze mögen hier noch die auf Bekämpfung der Tuberkulose von Dr. A. Calmette (Lille) aufgestellten Grundsätze Platz finden:

„Die Fürsorge für einen Schwindsüchtigen muß den Kampf gegen die Ansteckung in den Familien und an Orten, wo viele Menschen zusammenkommen, zum Hauptzweck haben. Dieser Kampf kann nur wirksam sein, wenn unsere ganzen Bestrebungen gleichzeitig dahin gehen, 1. die Gesunden vor der Krankheit zu schützen, 2. die Kranken zu heilen. Die neueren Erfahrungen haben gelehrt, 1. daß die Tuberkuloseansteckung sich häufig im Kindesalter vollzieht, entweder durch den Genuß von Milch tuberkulöser Kühe oder durch Aufnahme von Bazillen, welche aus dem Sputum von Tuberkulösen stammen oder in einigen wahrscheinlich viel selteneren Fällen, durch die Einatmung von bazillenhaltigen Tröpfchen, die von Tuberkulösen beim Husten ausgeworfen werden; 2. daß trockener, mit ebenfalls trockenen Bazillen beladener Staub nur von ganz untergeordneter Bedeutung für die Ansteckung sei; 3. daß die Schwere der Ansteckung in engem Verhältnis zur Anzahl und Giftigkeit der frischen aufgenommenen oder eingeatmeten Bazillen und der Häufigkeit der Aufnahme oder Einatmung steht; 4. daß die Übertragung der Tuberkulose bei genügend oft wiederholter oder lange genug dauernder Ansteckungsgelegenheit bei jeder Person stattfinden kann, mit Ausnahme der-

jenigen, welche durch Heilung einer früheren Erkrankung, größeren Widerstand erworben haben; 5. daß die wiederholte oder lange Ansteckungsgelegenheit hauptsächlich beim Zusammenwohnen Gesunder mit an offener Tuberkulose Erkrankten in der Familie oder an Sammelorten stattfindet. — Die Tuberkulosebekämpfung muß diesen Tatsachen Rechnung tragen. Anstatt ihre Kraft zu zersplittern, anstatt in zerstreuter Linie zu kämpfen und ihr Augenmerk, sei es auf die Behandlung der Kranken in Sanatorien oder Krankenhäusern oder auf den Schutz der Kinder durch Unterbringung in anderen Familien, sei es auf Propaganda, Belehrung und häusliche Fürsorge durch Dispensaires und Präventorien zu richten, sollte die Tuberkulosebekämpfung mit ihrer Gesamttätigkeit den einzigen wirklich praktischen Zweck verfolgen, nämlich denjenigen, die Versiegung der Quellen der Tuberkuloseansteckung herbeizuführen.

Der Alkoholismus.

Eine der wichtigsten Fragen, mit der sich der Kongreß beschäftigte, bildet unstreitig die Bekämpfung des Alkoholismus sowohl nach der rein pathologischen als auch nach der sozialen Seite hin. Hiezu hat Herr Morli, Berlin, folgende Schlußsätze zusammengefaßt:

Der Beschränkung des zu Krankheit führenden übermäßigen Alkoholgenusses dient allgemein die Hebung des Wohlstandes, sofern dabei das Bedürfnis der Erholung und Anregung auf zweckmäßigere Maßregeln und höher stehende Genüsse gerichtet wird. Bei dem trügerischen Empfinden vermehrter Kräftigung und weil in unbemittelten Schichten die Flasche zum Symbol der Zusammengehörigkeit, ja der Geselligkeit werden kann, ist durchgreifende Aufklärung nötig, daß der Alkohol als Ernährungsmittel praktisch nicht verwendbar und als Kräftigungsmittel bei der Arbeit entbehrlich, zum Teil unzweckmäßig ist.

Anzustreben ist: a) Fernhaltung der Kinder vom Alkoholgenuß. Vorsichtige Verwendung des Alkohols als Arzneimittel. Unauffällige, die bestehende Verbreitung des Genußmittels berücksichtigende Belehrung im Laufe des Schulunterrichts.

Einschränkung der Trinksitten, die zur Gewöhnung an übermäßigen Genuß führen, namentlich der zu innigen Verbindung des Spirituosengenusses mit jedem, nicht nur dem geselligen, sondern sogar dem geschäftlichen Verkehr. Arbeitsvermittlung, Auszahlung von Löhnen usw. sollen nicht in Wirtschaften stattfinden. Verbot des Mitbringens und Genusses von Alkoholicis oder wenigstens von Schnaps bei militärischen Übungen, im Verkehrsdienst und im gewerblichen Betriebe, namentlich bei öffentlichen Bauten usw.

b) Erleichterte Darbietung anderer Getränke: guten Trinkwassers, unentgeltlichen heißen Wassers für Extrakte usw., von Kaffee, Tee, Milch, Buttermilch zu billigem Preise. — Zuführung solcher Getränke an außerhalb Arbeitende. — Bei größeren Unternehmungen (Kanal-, Eisenbahnbauten) in den Kantinen: Abgabe von Spirituosen erst nach Arbeitsschluß und nur bis zu beschränkter Nachtzeit sowie möglichst in Verbindung mit Speisen. Beförderung des Konsums alkoholfreier oder alkoholarmer Getränke durch besondere Verbilligung und durch Gewährung von Tantiemen an den Verkäufer. (Derartige Maßregeln sollen auch als Warnung gegen Übermaß wirken.)

c) Förderung der Wohnungsverhältnisse: Wohnungen mit Gärtchen, zweckmäßige Unterkunftshäuser mit Speiseanstalten, Erholungs- und Unterhaltungsgelegenheit für Unverheiratete oder außerhalb der Familie Lebende. — Hebung der Häuslichkeit: Koch- und Haushaltungsunterricht für Mädchen, Förderung von Lektüre, Spiel- und Handfertigkeit im Familienkreise.

d) Hinlenkung auf Naturgenuß: Ausflüge Verkehrserleichterungen, Volksgärten, Bewegung und Spiel im Freien, Sport aller Art mit Gewöhnung an alkoholfreie Getränke.

e) Geselligkeit, Vorträge, Vereinigungen zu bildenden Zwecken, mit Führung durch Sammlungen, durch wichtige Anlagen industrieller, hygienischer Art. Zusammensein (Erholungsstätten, Volkshäuser) von dem Zwange des Spirituosengenusses befreit.

f) Mitwirkung der Frauen gegenüber der Unmäßigkeit. Zuhilfenahme der Organisationen der weniger bemittelten Klassen, damit Unmäßigkeit und Trunkenheit mehr als bisher als nachteilig erkannt werden: Unfälle, unreiner sexueller Verkehr, Gesetzwidrigkeiten (Körperverletzungen) mit schweren Folgen. Einfluß des Alkoholismus auf die Verarmung.

g) Besteuerung des Branntweins neben Ausdehnung des Verbrauches von Spiritus zu anderen Zwecken. Gesellschaftsmonopol (Gothenburger), Lokaloption — oder gar Prohibition — hängen von einer Stellung der öffentlichen Meinung gegenüber dem Alkoholgenuß ab, wie sie in Deutschland kaum eintreten wird.

Ätiologie der Syphilis.

Hiezu hat Dozent Landsteiner, Wien, folgende Schlußsätze niedergelegt: „Nach der Syphilisinfektion treten im erkrankten Organismus Veränderungen ein, dahin führend, daß eine erneute Infektion nicht mehr die Entwicklung eines typischen Primäraffektes hervorruft. Diese Veränderungen beginnen während der Inkubationszeit; ihr erwähnter, gewöhnlich als Immunität gegen Syphilis bezeichneter Endeffekt wird öfters erst kurze Zeit nach dem Erscheinen des Primäraffektes erreicht. Die Widerstandsfähigkeit gegen neu eingebrachtes Virus ist keine absolute, vielmehr können beim Syphilitiker unter Umständen auch nach Eintritt der sogenannten Immunität durch neu eingebrachtes Virus Erscheinungen bewirkt werden, die wohl auf ein Haften des Virus zu beziehen sind.

Die spontanen Rezidiverscheinungen und die bei Reinfektionen erhaltenen Affekte sind der Ausdruck von individuell und mit dem Alter der Erkrankung variierenden Reaktionen des infizierten Organismus auf die Infektionsträger und die von ihnen gebildeten Stoffe. Diese Auffassung gilt im besonderen für die tertiären Erscheinungen der Syphilis, von denen es nachgewiesen ist, daß sie durch lebendes Virus entstehen. Der Tertiärsyphilitische reagiert wahrscheinlich auf gewöhnliches Virus mit tertiären Erscheinungen. Die Annahme von Änderungen des Virus als Substrat wechselnder Krankheitsformen ist vorläufig noch nicht durch tatsächliche Gründe gestützt.

Für die Immunitätserscheinungen bei der Syphilis ist möglicherweise das Verhalten der Gewebe von nicht geringer Bedeutung. Der Nachweis von Syphilisantikörpern im Serum wurde bisher bei Tieren erbracht, denen man Syphilismaterial in beträchtlicher Menge injizierte.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Ein Fall von später postkonzeptioneller Übertragung der Syphilis. Von Prof. E. Lesser, Geh. Med.-Rat in Berlin.

Lesser führt folgenden Fall an: Es handelt sich um ein Ehepaar, welches 6 oder 7 Jahre verheiratet war. Es waren 4 Kinder geboren, die leben und gesund sind. Während der 5. Gravidität infizierte sich der Mann auf einer Reise außerehelich, und zwar am 22. Februar 1906. Einen Monat später — das ist das einzige Datum, welches nicht ganz sicher feststellbar war — nämlich zwischen dem 21. und 25. März, hatte der Mann einmal Verkehr mit seiner Frau. Bei diesem Verkehr empfand er Schmerzen am Penis, obwohl er noch keine Veränderungen bemerkte. Am 26. März, also wenige Tage später, bemerkte er die ersten Erscheinungen des Primäraffektes, und am 29. April trat bei dem Manne das Exanthem auf. Am 7. Mai wurden bei der Frau die ersten Veränderungen bemerkt. L. hat sie am 9. Mai untersucht und nach den Erscheinungen gleich die Diagnose eines eben beginnenden Primäraffektes gestellt. Es handelte sich um eine ganz unbedeutende, aber kreisrunde Erosion, die von einer ebenfalls kreisrunden, etwas größeren Rötung und geringer Infiltration umgeben war, am linken Labium majus.



Gleichzeitig bestand eine geringe, etwas empfindliche Schwellung einer Inguinaldrüse links. Am 19. Mai, also 12 Tage später, trat die Entbindung ein, am normalen Ende der Schwangerschaft. Das Kind war ausgetragen und schien vollständig gesund zu sein. Bei der Frau wurde erst am 21. Juni ein Exanthem beobachtet, allerdings ein Psoriasis palmaris und plantaris. Es schienen geringe Reste einer blassen Roseola am Körper vorhanden zu sein, doch war das nicht ganz sicher. Am. 6. Juli trat bei dem Kinde ein makulo-papulöses Syphilid auf; das Kind wurde von ihm am 8. Juli untersucht und in den erodierten Papeln in der Nähe des Anus wurden Spirochäten nachgewiesen.

Die beiden wichtigen Zeiten, auf die es hier ankommt, sind: Die Entbindung der Frau trat, wenn als Infektionszeit die Mittelzahl, der 23. März, angenommen wird, 57 Tage, 8 Wochen und einen Tag, höchstens aber 59, mindestens 55 Tage nach der Infektion ein, und die Allgemeinerscheinungen bei dem Kinde traten 48 Tage, also 6 Wochen und 6 Tage nach der Entbindung ein. Die Mutter hat die ersten 4 Wochen das Kind gestillt. Die Syphilis bei der Mutter wurde in Zweifel gezogen. Die Untersuchung auf Spirochäten bei dem Primäraffekt, die ja so leicht die sichere Diagnose ergeben hätte, konnte leider nicht gemacht werden, und so wurde es erlaubt, daß das Kind von der Mutter gestillt wurde, was ihm übrigens, wie sich nachher zeigte, unter keinen Umständen etwas schaden konnte.

Danach könnte man vielleicht an die Möglichkeit denken, daß es sich hier um eine intra partum oder post partum erworbene Syphilis des Kindes handelt. Das ist indessen aus zwei Gründen auszuschließen: Einmal war bei dem Kinde absolut nichts, was den Argwohn eines Primäraffektes erwecken konnte, an Lippen und Zunge zu finden, nicht die geringste Schwellung der dazu gehörigen Drüsen, und zweitens trat das Exanthem bei dem Kinde 6 Tage und 6 Wochen nach der Geburt auf, auch das beweist, daß es sich nicht um eine post partum erworbene Syphilis handeln konnte.

Der Verlauf der Krankheit war bei der Mutter etwas auffallend. Der Primäraffekt wurde erst 44 Tage nach der Infektion bemerkt und war sehr unbedeutend, und das Exanthem erst drei Monate nach der Infektion. L. möchte aber doch hierauf nicht zu großes Gewicht legen; denn selbstverständlich besteht die Möglichkeit — und das ist nach der Art des Exanthems sogar als wahrscheinlich zu bezeichnen — daß dieser Psoriasis palmaris und plantaris schon eine Roseolaeruption voraufgegangen war. Man könnte vielleicht auch versuchen, nach der Zeit des Auftretens der Allgemeinerscheinungen bei dem Kinde die Zeit festzustellen, nach welcher der Übergang des Virus von der Mutter auf das Kind stattgefunden haben müsse. Hier fand der Ausbruch des Exanthems rund 7 Wochen post partum statt. Aber man muß doch bedenken, daß die Verhältnisse anders liegen als beim Erwachsenen, da es sich ja um eine Blutinfektion handelt, daß also von vornherein die sogenannte erste Inkubationszeit und auch ein Teil der zweiten Inkubationszeit fortfallen, weil das syphilitische Virus gleich in das Blut gelangt. (Berl. klin. Woch. Nr. 6, 1908.)

*

Gefahr der Alkoholverabreichung an Kinder. Von Dr. Ernst Jones.

Die Krankengeschichten von über 100 Fällen von Leberzirrhose bei Kindern sind von Dr. Ernest Jones gesammelt worden. Unter diesen hundert läßt sich bei 74 der Alkoholismus als ätiologischer Faktor nachweisen, wenn auch nicht behauptet werden kann, daß der Alkohol die einzige Ursache war. Doch unterliegt es keinem Zweifel, daß der Alkohol bei Kindern wie bei Erwachsenen die wichtigste Quelle des Übels war, und zwar in mehr als der Hälfte der Fälle die Verabreichung von Alkohol durch die Eltern. Sie taten dies gewöhnlich in der besten Absicht, um den Kräftezustand der an Schwäche oder Unterernährung leidenden Kinder zu heben. In mehr als einem Viertel aller Fälle war der Alkohol ursprünglich durch den Arzt verordnet worden. mit so ungenauer Vorschrift, daß die Eltern die Verabreichung mit so traurigem Erfolge fortsetzten. In drei Fällen hatte der Arzt ausdrücklich Erhöhung der gewohnheitsmäßigen Alkoholdosis angeordnet, in der Absicht, dadurch den Kräfteverfall zu beheben, der von der nicht erkannten Leberzirrhose herrührte. Von der Leichtfertigkeit, die sich in der kritiklosen Verordnung „eines Glases Portwein" — ohne genaue Dosierung und Angabe der Zeitdauer der Verabreichung — kundgibt, wollen wir gar nicht sprechen, trotzdem sie leider nur allzuhäufig zu finden ist. Solche Nachlässigkeit kann gar nicht strenge genug verurteilt werden, da die bösen Folgen, direkte und indirekte, jedem unterrichteten Arzte geläufig sein sollten. Ein Arzt, der gegenwärtig Alkohol verordnet, abgesehen von seltenen und sehr rasch vorübergehenden Indikationen, bei denen er als Medikament und womöglich in unkenntlicher Form gereicht werden sollte, handelt nicht nur im Widerspruche mit den Lehren der wissenschaftlichen Medizin und Physiologie, sondern trägt auch dazu bei, den allgemeinen Glauben an den Wert des Alkohols bei Krankheiten zu erzeugen oder wenigstens zu erhalten, der so viel Unheil anrichtet. Diese Überlegung sollten wir uns stets gegenwärtig halten, denn der Einfluß des einmütigen Widerstandes der Ärzte gegen die Verabreichung des Alkohols an die Kinder seitens ihrer Eltern kann gar nicht hoch genug geschätzt werden. (Brit. Jour. of Children's Discas., Okt. 1907.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 22. Mai 1908.

Siegfried Grosz demonstriert einen Fall von Hirsuties universalis congenita (Hypertrichosis lanuginosa Bonnet).

Ludwig v. Moszkowicz demonstriert eine 20jährige Patientin, die er vor 1½ Jahren wegen Hydronephrose operiert hat. Der Befund bei der Operation gibt dem Falle ein besonderes Interesse. Der etwa straußeneigroße Tumor bestand aus dem kolossal vergrößerten Nierenbecken, dem eine atrophische Niere wie eine Kappe aufsaß. Der Ureter war an dem erweiterten Nierenbecken heraufgezogen und war etwa 2 *cm* unterhalb des Austrittes aus dem Nierenbecken durch zwei straff gespannte kleine Gefäße (Arterie und Vene) abgeschnürt. Sowie die zwei Gefäße zwischen zwei Ligaturen durchtrennt wurden, füllte sich der Ureter und es ließ sich der ganze Inhalt des Nierenbeckens durch den Ureter in die Blase pressen.

Ekehorn hat aus der Literatur nicht weniger als 25 Fälle zusammengestellt, in denen gleichfalls Gefäßanomalien durch Abknickung des Ureters zur Bildung von Hydronephrosen geführt hatten. So könne man wohl schließen, daß die Gefäßanomalie bei der Entstehung der Hydronephrose eine gewisse Rolle spielt. Dieser Befund könnte ermutigen, zu versuchen, ob durch die Durchtrennung der abnorm verlaufenden Gefäße und eine Nephropexie das Leiden nicht zu beheben wäre.

Wilhelm Latzko; Derartige kleine Gefäße sind wohl kaum angeboren, sondern als auf entzündlicher Basis entstanden anzusehen.

Heinrich Albrecht hat wiederholt bei der Obduktion Fälle von Hydronephrosen gesehen, bedingt durch abnorm verlaufende Nierengefäße.

Julius Tandler macht darauf aufmerksam, daß am oberen Ureterende des Kindes Falten vorkommen, welche unverstreichbar sind. Dies ist zurückzuführen auf den Umstand, daß die Adventitia ureteris über die Innenschichten des Harnleiters hinwegzieht; besonders gut sind die Verhältnisse sichtbar, wenn man den Ureter mit einer Masse injiziert und dann das ganze aufhellt. Es wäre nun möglich, daß diese Falten, wenn sie besonders stark entwickelt sind, wie man dies manchmal sieht, das obere Ureterende verlegen und so zur Ausweitung des Nierenbeckens führen.



Viktor Blum: Demonstration dreier Präparate von Sacknieren, die durch Abknickung des Ureters über einer abnormen Nierenarterie entstanden sind. Alle drei Fälle boten klinisch das Bild der intermittierenden Hydronephrose — Schmerzattacken, Polyurie, wechselnd mit Oligurie, Pyurie, palpabler, schmerzhafter Tumor der entsprechenden Nierengegend zur Zeit der Schmerzanfälle. In allen drei Fällen war auch ein abnormes Nierengefäß zu konstatieren, das durch seinen Verlauf, durch Kreuzung des Ureters Anlaß zu einer Abknickung desselben gegeben hat.

Latzko macht auf eine weitere, nicht allzu seltene, angeborene Ursache der Hydronephrosenbildung aufmerksam. Es ist dies der abnorm hohe Ursprung des Ureters. Kommt es in solchen Fällen zu vorübergehender Stauung im Nierenbecken, so tritt automatisch eine Kompression des über das ausgedehnte Nierenbecken ziehenden Ureters ein, der zur Hydronephrosenbildung führt.

H. Prigl (als Gast) stellt zwei Fälle von Spätkastraten vor (der eine wurde im 27., der andere im 25. Lebensjahre kastriert), die trotz der späten Kastration ein ganz typisches Aussehen haben.

Rudolf Tertsch (als Gast) demonstriert aus der II. Augenklinik einen Fall von Solitärtuberkel des Auges. Am rechten Auge sieht man nach oben von der Kornea einen etwa nußgroßen, rundlichen Tumor, der von der Sklera ausgeht und über dem die Bindehaut verschieblich ist. Der obere Teil der ziemlich harten Geschwulst hat eine weißrötliche Farbe, der untere Teil ist gelblich verfärbt und sieht man hier zwei weißliche Flecke, zwei Stellen, an denen sich ein Durchbruch nach außen vorbereitet. Die Diagnose Solitärtuberkel steht fest, dagegen ist es nicht so ganz entschieden, ob der Tuberkel von der Konjunktiva, Sklera oder Chorioidea ausgeht. Am wahrscheinlichsten ist es, als Entstehungsort die Sklera anzunehmen. Da der Tuberkel bereits in das Augeninnere eingebrochen ist, ist das Auge wohl verloren. Weiters zeigt Vortragender einen Tumor der halbmondförmigen Falte. Man sieht im inneren Lidwinkel des linken Auges der sonst vollständig gesunden Patientin eine der Größe und Form nach bohnenförmige Geschwulst, welche von der Bindehaut resp. halbmondförmigen Falte ausgeht und sich mit dieser auf der Sklera verschieben läßt. Kornealwärts reicht der Tumor bis 2 *mm* vom Limbus. Die Geschwulst hat eine weißrötliche Farbe, zeigt an mehreren Stellen gelb verfärbte Flecke. Sie ist oberflächlich eben und zeigt Fluktuation. Die Konjunktiva der Umgebung, wie das übrige Auge sind normal. Es dürfte sich wahrscheinlich um eine Dermoidzyste handeln, wenn auch die Angabe, daß der Tumor erst seit 14 Tagen besteht, dagegen sprechen würde.

Gustav Kapsammer stellt zwei geheilte Fälle von Nephrektomie wegen Nierentuberkulose vor. Weiters zeigt er ein Präparat von Nierentuberkulose (auch diese Patientin ist vollständig geheilt). Er erläutert den Wert der Phloridzinglykosurie in der Diagnosenstellung der anatomischen resp. funktionellen Läsion der Niere, wobei er bemerkt, daß diese Funktionsprüfung nicht immer von absolutem Werte sei. Die Nephrektomien würden in Lumbalanästhesie (Tropakokain 0·10) ausgeführt und hat K. damit das vollkommene Auslangen gefunden. Man kommt bei der Operation der Nierentuberkulose häufig in Schwierigkeiten bezüglich der Narkose. Die zweite Niere ist häufig toxisch erkrankt, eine Kontraindikation gegen Chloroform, nicht selten finden wir dabei eine Lungentuberkulose, eine Kontraindikation gegen Äther: in derartigen Fällen dürfte uns die Lumbalanästhesie, welche sich vollkommen ausreichend erweist, einen willkommenen Ausweg bieten.

Blum teilt ebenfalls Fälle mit, in welchen die Phloridzinglykosurie ihn in der Diagnosenstellung der anatomischen resp. funktionellen Läsion vollkommen im Stiche ließ. Was die Lumbalanästhesie betrifft, glaube er, daß diese Art der Anästhesierung keine größere Schonung für die andere Niere bei der Nephrektomie bedeutet als die allgemeine Narkose, da es ja bekannt ist, daß in einer großen Zahl der Fälle nach der Rückenmarksanästhesie länger dauernde Albuminurien beobachtet wurden.

Friedrich Necker weist auf die mit Lichtenstern in einer gemeinsamen Untersuchungsreihe gefundene intermittierende Phloridzinzuckerausscheidung hin, welche eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle jeder funktionellen Nierenprüfung bilden kann.

Kapsammer erklärt bezüglich des Einwandes, daß die Lumbalanästhesie auch eine Schädigung der Nieren bedinge, daß derartige Schädigungen nur bei Anwendung von Stovain-Adrenalin beobachtet wurden, nicht bei Tropakokain.

August v. Reuß berichtet über einen ähnlichen Fall, wie ihn Meißner in der letzten Sitzung vorgestellt hat. Bei einer 35jährigen Frau trat stets während der Gravidität Verschlechterung der S. ein, die sich nach der Entbindung resp. künstlichem Abortus besserte. (Von Jäger 17, auf Jäger 8.) Bei derselben war zweifellos ein Prozeß in der Gegend des Chiasmas die Ursache, vielleicht die von Hochenegg letzthin erwähnte Schwellung der Hypophyse während der Schwangerschaft, die Ursache der Abnahme der Sehschärfe.

Tandler zeigt eine Hündin, die bisher niemals trächtig war, doch seit Mitte Mai, also genau am Ende der Trächtigkeitsperiode, wenn das Tier belegt worden wäre, Kollostrum und einige Tage später reichliche Milchsekretion zeigt.

Diskussion zum Vortrage O. O. Fellners: Die Tätigkeit der innersekretorischen Organe, insbesondere des Ovariums in der Schwangerschaft.

Otto Specht hat die Untersuchungen Halberstädters (Neissersche Klinik), daß bei genügend ausgiebiger Röntgenbestrahlung der Ovarien ein völliger Schwund der Graafschen Follikel eintrete, nachuntersucht und dabei konstatiert, daß nicht nur die Graafschen Follikel zugrunde gehen, sondern daß auch die Ureier schwere degenerative Veränderungen zeigen, daß ferner sich auch am interstitiellen Gewebe Zeichen einer durch Röntgenstrahlen verursachten Schädigung finden.

Tandler: Fellner hat die wechselseitige Beziehung der Thymus und des Ovariums als eine in beiden Richtungen erwiesene hingestellt. Die Einflußnahme des Ovars resp. des Testikels auf das Verhalten der Thymus sei erwiesen. Für die Einflußnahme der Thymus auf den Testikel liege nur eine einzige Angabe vor (Noel Paton), die bisher nicht bestätigt wurde. Auf die Angabe Fellners, daß nach der Kastration die Glandula thyreoidea zunehme, so habe er niemals eine Vergrößerung der Schilddrüse nachweisen können. Die Tätigkeit des Ovars in der Gravidität ist wohl unzweifelhaft vorhanden. Am Ovarium, wie überhaupt an der Glandula genitalis, muß man zwei Funktionen unterscheiden: die eine, die reproduktive, bei dem Eierstocke Ovulation und die innere Sekretion. Für den Fortbestand der ersteren intragraviditatem sind die Beobachtungen an einer Reihe von Nagern, vor allem aber beim Pferde maßgebend; gerade die Follikelreifung bei letzterem ist, man könnte sagen, durch Jahrhunderte, genau festgestellt. Die innere Sekretion, welche von der interstitiellen Drüse besorgt wird, ist während der Gravidität nicht nur vorhanden, sondern als gesteigert anzusehen. Bezüglich der von Fellner angeführten inneren Sekretion des Uterus wäre zu bemerken, daß die von ihm hiefür beigebrachten biologischen und morphologischen Beweise nicht stichhältig sind. Wenn Fellner die von anderen Autoren angenommene innere Sekretion der Plazenta als nicht erwiesen betrachtet, solange nicht einwandfreie Beweise dafür vorliegen, so macht er sich einer logischen Inkonsequenz insoferne schuldig, als er ja selbst die von ihm in seiner Argumentation benützte innere Sekretion des Uterus in keinerlei Weise zu beweisen imstande ist.

O. O. Fellner wendet sich dagegen, daß er die innere Sekretion des Uterus behauptet habe. Es kam ihm auch gar nicht darauf an, eine innere Sekretion des Uterus zu beweisen, sondern er wollte nur den Beweis erbringen, daß die sekretorische Tätigkeit des Ovariums in der Schwangerschaft



nicht stillsteht. Hiebei war es für ihn notwendig, auf die Tätigkeit des Ovariums außerhalb der Schwangerschaft und diejenige der übrigen sekretorischen Drüsen einzugehen. Bei dem Studium der Tätigkeit des Ovariums außerhalb der Schwangerschaft, bei der Durchsicht der diesbezüglichen reichen Literatur unter Berücksichtigung einer Reihe von klinischen Erfahrungen wurde er zur Vermutung gedrängt, daß sich alle von ihm vorgebrachten Erscheinungen und Tatsachen einwandfrei nur durch eine innere Sekretion des Uterus erklären ließen. Und er habe daher die Vermutung, nicht die Behauptung, aufgestellt, daß der Uterus möglicherweise intern sezerniere. Wenn er von der Plazentarsekretion gesagt habe, daß sie zwar möglich ist, aber nicht bewiesen sei, während er die Uterussekretion angeblich auch behaupte und nicht beweise, so muß er dem gegenüber erwidern, daß er für die hypothetische Uterussekretion dadurch Beweise zu erbringen suchte, daß er eine Reihe von Tatsachen anführte, die sich auf andere Weise nicht erklären ließen, während er hinsichtlich der Plazentarsekretion den Nachweis zu erbringen suchte, daß sich alle Tatsachen auch durch die sicher feststehende elektive Resorption der Plazenta erklären lassen. Vor allem aber stützt sich die Theorie der Plazentarsekretion auf den Stillstand der Sekretion des Ovariums in der Schwangerschaft. Was seine Behauptungen, daß nach der Kastration eine Schwellung der Schilddrüse auftrete, betrifft, so verweist er auf Parhon und Goldstein, Tonione, Mathieu, Cessa u. a. Hinsichtlich der Thymus verweist er auf Noel Paton.

i. m.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 30. April 1908.

Leo Heß demonstriert aus der Klinik Professor v. Noorden einen Fall von cholestearinhältigem Exsudat bei chronischer rezidivierender Pleuritis auf tuberkulöser Grundlage. Das reichliche und beinahe ausschließliche Vorkommen von Cholestearin in Exsudatflüssigkeiten ist ein verhältnismäßig seltener Befund (die bezügliche Literatur siehe bei Ruppert, Münch. Med. Wochenschr. Nr. 10, 1908), in geringer Quantität wurde es wiederholt in Zystenflüssigkeiten, alten Ex- und Transsudaten nachgewiesen.

Hans Pollitzer demonstriert Einschlüsse in den großen mononukleären Zellen des Blutes bei einem Patienten, der einen großen chronischen Milz- und Lebertumor und geringe allgemeine Drüsenschwellung aufweist. Im Protoplasma der pathologisch vermehrten großen mononukleären Leukozyten finden sich eigenartige Gebilde von zirka 3 bis 5 µ Größe und rundlicher, birnförmiger, seltener stichelförmiger Gestalt. Sie färben sich am intensivsten bei protrahierter und verstärkter Giemsa-Färbung. Die nähere färberische Analyse ergibt eine Verwandtschaft mit den Chromatinen. Innerhalb der Kerne der befallenen Zellen lassen sich durch regressive Färbungen veränderte Chromatinplaques nachweisen, die der Form nach den extranukleären ähneln, Lage, Form und färberisches Verhalten, wie die Beobachtung im Dunkelfeld am heizbaren Objekttisch machen es wahrscheinlich, daß diese Einschlüsse vom Zellkerne abstammen, von dem sie aber nicht durch einfache Abschürfung, sondern durch einen eigenartigen Ausstoßungsprozeß abgetrennt worden sein dürften. Es ist also für diese Gebilde die Protozoennatur unwahrscheinlich.

Sigmund Erben: Über Ataxie. Die Gelenks- und Muskelempfindungen orientieren uns beim Stehen nicht, ob wir im Gleichgewichte stehen oder zu fallen drohen. Diese Orientierung geschieht durch die Fußsohlen, welche das Verschieben der Körperschwerlinie in sagittaler Richtung wahrnehmen und Seitwärtsneigungen des Körpers durch asymmetrische Belastung der beiden Fußsohlen zu spüren bekommen. Der normale Mensch zeigt wegen der labilen Einstellung der Körpermasse fortwährend Schwankungen seines Körperschwerpunktes. Beim Tabiker sind diese Körperschwankungen größer als beim Normalen, weil neben dem labilen Gleichgewicht noch ein zweiter Grund für die Neigung der Körperachse besteht, das sind die Spontanbewegungen der Gelenke. Die Spontanbewegungen, welche bei bestimmten Gelenksstellungen auftreten, werden allgemein unterschätzt; sie fehlen in keinem Falle von Ataxie. Die Ursache für ihr Entstehen liegt in der Abstumpfung der tiefen Sensibilität der mit Spontanbewegung behafteten Gelenke. Die Spontanbewegungen sind für die Tabes nicht charakteristisch, denn man findet sie auch bei Empfindungsstörungen aus zerebraler wie peripherer Ursache. Die Spontanbewegungen fehlen, wenn keine willkürliche Innervation an der Einstellung des Knies (herabhängender Unterschenkel) beteiligt ist, und treten nur bei Gelenksstellungen auf, welche durch willkürliche Muskelspannung bedingt sind; die kraftvollen Muskelkontraktionen (extreme Kniestreckung) sind jedoch imstande, die Spontanbewegungen wieder zu unterdrücken. (Demonstration von Patienten.) Jeder dieser Tabiker gerät beim Rombergschen Versuch mit seinen Beingelenken in Unruhe und schließlich bilden sich Körperneigungen, die so groß werden, daß er hinfallen würde. Läßt man die Kranken aber einen fixen Punkt berühren und dann Augen-Fersenschluß machen, so ist die Ataxie bedeutend geringer geworden, es gibt kein Schwanken der Körperachse mehr oder es ist beträchtlich vermindert; nur die Gelenksunruhe ist geblieben, der Kranke bleibt stehen trotz unruhiger Gelenke. Es wurde eine Komponente des ataktischen Symptomenkomplexes beseitigt und nur die zweite Komponente (Gelenksataxie) ist geblieben. Auf die Gelenksataxie hat der tastende Finger keinen Einfluß, das Gleiche gilt vom Auge und den Fußsohlenempfindungen. Diese drei genannten Apparate sind Perzeptionsorgane für die Schwankungen der Körperachse im Bereiche der Unterstützungsfläche, haben aber keinen Einfluß auf die Unruhe in den einzelnen Gelenken der Beine. Steht der Tabiker gespreizt und schließt die Augen, so bleibt er entweder ohne Schwankungen stehen, oder zeigt nur Schwankungen in sagittaler Richtung oder sowohl in der Pfeilrichtung als auch nach den Seiten hin. Das Schwanken nur in sagittaler Richtung offenbart, daß er zu unterscheiden weiß, ob eines der Beine mehr belastet ist, aber nicht auseinander halten kann, ob an seiner Fußsohle die Schwerlinie in die Ferse oder in den Großzehenballen fällt (beide Eindrücke werden als einer und derselbe empfunden). Das Schwanken nach den Seiten ist ein höherer Grad von Gefühlsabstumpfung, der Kranke fühlt dann nicht rasch genug oder überhaupt nicht, welche der beiden Fußsohlen stärker belastet wird.

Maximilian Sternberg erinnert daran, daß er schon im Jahre 1884 einen Versuch beschrieben habe, durch eine besondere Anordnung beim gesunden Menschen die Muskelwirkung auf einen Teil der oberen Extremität gänzlich auszuschalten, so daß dieser aktiv nicht mehr bewegt werden kann, aber passiv beweglich bleibt, gleich als ob die Sehnen durchschnitten wären. Dieser Teil ist die Endphalange des Zeigefingers. Dies beruht darauf, daß die Strecksehnen der dreigliedrigen Finger miteinander zusammenhängen. Redner hat nun gefunden, daß es wesentlich die Endphalangen sind, die dabei in Betracht kommen und daß die des Zeigefingers nicht bloß nicht gebeugt werden kann, sondern völlig aus der aktiven Beweglichkeit ausgeschaltet wird, wenn man bei maximal gestrecktem Mittelfinger mit der anderen Hand das Metakarpo-Phalangealgelenk und das Gelenk zwischen Grund- und Mittelphalange des Zeigefingers gleichzeitig maximal beugt. Dann bildet das Endglied des Zeigefingers ein völlig gelähmtes Anhängsel. Wenn man nun an dieser Endphalange von einer zweiten Person passive Bewegungen von nicht allzu großer Exkursion machen läßt, so daß keine ausgiebige Berührung der Hautfalten an der Beugeseite untereinander eintritt und der Untersuchte auch nicht aus dem Drucke die Richtung der Bewegung erschließen kann, so ist er über die Stellung, welche der Endphalange erteilt wird, ganz im unklaren. Sie verhält sich wie die Zehe eines ataktischen Tabikers. Mit der Ausschaltung der Muskelwirkung ist somit die Kennt-



nis von der Lage eines Gliedes in hohem Grade reduziert, daher ist diese nicht an die Sensibilität der Gelenke geknüpft, sondern hauptsächlich an die Empfindungen, die an den gespannten Muskeln und Sehnen entstehen.

Karl v. Stejskal spricht davon, daß schon vor Jahren Lenarz die brüsken Bewegungen der Ataktiker als Folge vermehrter Entladungen in einem Muskelgebiet infolge Wegfalls des Synergistenaktion gedeutet habe.

Sigmund Erben (Schlußwort). Redner weist nochmals darauf hin, daß der Tabiker durch kraftvolle Anspannung der Muskeln die Spontanbewegungen unterdrücken kann, welche seine intendierten Bewegungen oder Haltungen durchbrechen würden. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Über ein neues und einfaches Verfahren der Tripperheilung.

Max v. Nießen schlägt im Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 63, 2. Heft, folgendes Verfahren vor: In die an Tripper erkrankte Harnröhre resp. den Uterus wird nach Urinentleerung ein mit Katheterhülse maskierter hygroskopischer Docht eingeführt, der zuvor mit der gewählten antiseptischen Lösung getränkt wurde. Unmittelbar darauf wird die Katheterhülse, indem man mit der einen Hand den vorne mit Endknopf versehenen, durch den Docht hindurchgezogenen Draht proximal nach der jeweilig zu behandelnden Körperhöhle zu sanft gegenhält, über den Docht zurückgezogen. Darauf wird der hintere, freie und womöglich aufgefranste Docht in ein Gefäß (Reagenzglas) mit der gleichen antiseptischen Lösung eingetaucht, der Draht festgehalten und so der Docht mit dem Draht beliebig lange einmal der Aufsaugung frischer Lösung, andererseits dem Kontakt mit der infizierten Schleimhaut ausgesetzt. (Die Schleimhaut imbibiert sich spontan, was anscheinend unter der Druckwirkung der Injektionen nicht oder nicht so intensiv geschieht.)

Es genügt bei dem von mir vorwiegend verwendeten Protargol in 1%iger Lösung durchschnittlich eine Viertelstunde bis 20 Minuten. Vor Ablauf dieser Zeit bei männlichen Kranken, während der Docht noch in dem betreffenden Teil der Harnröhre liegt, wird um den Penis ein Karbol-Prießnitzumschlag gelegt, der 2—3 Stunden liegen bleibt. Der Docht wird nun durch vorsichtig drehendes Ziehen herausgebracht und der Patient mit der Weisung entlassen, in der nächsten Stunde nicht zu urinieren. Weiblichen Patienten empfiehlt man einige Stunden Bettruhe, läßt, wo es erforderlich, eine Auswischung resp. Ausspülung des Zervix oder Uterus voraufgehen.

Es genügt oft eine einmalige Anwendung dieses Verfahrens, sobald die Ausführung eine entsprechende war. Der Erfolg ist ein recht befriedigender, in manchen Fällen sogar ein überraschender.

Salzarme Diät und zeitweise diuretische Medikamentation. Martinet empfiehlt die Kombination salzarmer Diät und zeitweiser diuretischer Medikamentation in der Behandlung der Brightschen Krankheit. Digitalis, Koffein, Theobromin und Diuretin heben nicht nur die Diurese an sich, sondern ganz besonders die Ausscheidung der Chloride. Die theoretischen Bedenken einzelner Autoren (die direkten Diuretika, Koffein und Theobromin, möchten das Nierenepithel reizen und die ursprüngliche Läsion verschlimmern) haben keine Berechtigung, denn die klinische Beobachtung verzeichnet keine Fälle nachweislicher Schädigung eines chronischen Nephritikers durch rationelle Verwendung jener Drogen. Martinet empfiehlt die Verabreichung in Form bewährter Kombinationen, wie:

Rp. Bulbi Scillae pulveris.
Scammonii
Fol. digit. pulveris. āā 0·60
Massae pil. q. s. ut f. pil. No. XII.
D.S. 4 Pillen täglich 3 Tage hintereinander zu nehmen

oder: Rp. Coffeini . . . . . . 0·6
Natr. benzoic. . . . 2·0
Aq. dest. ad . . . 90·0
M.D.S. 2 Tage hintereinander 2 Eßlöffel voll täglich zu nehmen

oder endlich:
Rp. Solut. Digitalini crystallis. 1:1000 . . gtts. L.
Diuretini . . . . 4·0
Aq. menth. pip. . . . . 40·0
Aq. dest. ad . . . . 120·0
M.D.S. 3 Tage hintereinander zu nehmen, am ersten und zweiten 3, am dritten 2 Eßlöffel.

V. Notizen.

Wiener Ärztekammer. Die Wiener Ärztekammer hielt Dienstag den 26. v. M. eine zahlreich besuchte Plenarversammlung ab, welche folgenden Verlauf nahm: Der Vorsitzende Kammerpräsident Prof. Finger hielt zu Beginn der Sitzung dem verstorbenen Präsidenten der Vorarlberger Ärztekammer Dr. Mathis und dem verstorbenen Obmann der Reichsorganisation Dr. Janeczek einen warmen Nachruf. — Hierauf erfolgte die Verkündigung eines gegen Dr. J. Segel gefällten ehrenwörtlichen Erkenntnisses. — Der Versammlung wird zur Kenntnis gebracht, daß der Kammervorstand an das k. k. Oberlandesgericht eine Eingabe überreicht hat, um die Übelstände, welche mit der häufigen Einvernahme von Ärzten als Zeugen verbunden sind, abzustellen.

— Dr. v. Hauschka hält ein Referat über die Verhinderung unberechtigter Boykottierungen von ärztlichen Stellen. Der Antrag des Referenten, daß der Ärztekammertag jene Gründe festzusetzen hat, aus denen allein Boykotterklärungen erfolgen dürfen, wird nach längerer Debatte angenommen. Die Kammer beschloß ferner, zu dem im Herbst 1908 in Rom stattfindenden internationalen Arbeiter-Versicherungskongreß Dr. Lamberger als Delegierten zu entsenden. Die Beschlußfassung über die Entsendung eines zweiten Delegierten von seiten der Arztekammer wird vertagt, bis die Vereinigung der Kassenärzte zu dieser Angelegenheit Stellung genommen haben wird. — Aus den Berichten der Tagesblätter ist bereits bekannt gegeben worden, daß der Verwaltungsgerichtshof die Beschwerde der Ärztekammer gegen die Entscheidung des Ministeriums des Innern in der Angelegenheit der Annahme von Kassenarztstellen bei der Krankenkasse der Wiener Bankbeamten und bei den registrierten Hilfskassen abgewiesen hat. Dr. Gruss referiert über diese Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes. Die Beschlußfassung über dieses Referat, dessen Inhalt mit Interesse zur Kenntnis genommen wurde, sowie die Beschlußfassung über eine von Dr. Grün beantragte Resolution wird vertagt, bis der Wortlaut der Entscheidung in authentischer Form der Ärztekammer vorliegen wird. — Dr. Grün stellt den Antrag, es möge ein aus Vertretern der Ärztekammer und der Wiener wirtschaftlichen Organisation bestehendes Komitee mit der Beratung der Stellungnahme der Ärzte zum Privatbeamten-Versicherungsgesetz betraut werden. — Der Antrag wurde angenommen; desgleichen ein solcher des Dr. Theren, welcher dahin ging, daß den Ärzten Legitimationskarten von der Kammer ausgestellt werden. — Bezüglich des Gesetzentwurfes betreffend die Ausübung der Zahnersatzkunde und den Betrieb der Zahntechnik wird beschlossen, gegen die gesetzliche Erteilung von ärztlichen Befugnissen an Laien Protest zu erheben und die anderen Kammern zu dem gleichen Vorgehen zu veranlassen. — Zum Schlusse wird ein Dringlichkeitsantrag, welcher sich auf die Übelstände infolge Platzmangels in den Wiener Spitälern bezieht, vorgelegt und dem Vorstande behufs Vorstelligmachung bei der Statthalterei abgetreten.

Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen der k. k. Militärärzte in Wien hatte am 9. Mai 1908 seine diesjährige (42.) Generalversammlung. Der Präsident v. Uriel begrüßte die anwesenden Mitglieder und konstatierte deren Beschlußfähigkeit. Aus dem vorliegenden Rechenschaftsberichte ist zu entnehmen, daß das Vereinsvermögen sich mit K 631.681·50 in Wertpapieren und K 8078·50 in barem Gelde beziffert. In dem Genusse der regelmäßigen Jahresbezüge standen 203 Witwen und 4 Waisen, was einer Ausgabe von K 40.393 entspricht, zeitliche Unterstützungen im Betrage von K 1020 wurden im verflossenen Jahre 23 Witwen zuteil. Über Antrag der Rechnungsrevisoren, welche am 23. März l. J. eine genaue Skontrierung aller Kassadokumente und Protokolle vorgenommen und hiebei alles in bester Ordnung befunden haben, wurde dem Verwaltungskomitee das Absolutorium erteilt.

Ärztliche Studienreise 1908. Das „Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen" beabsichtigt in diesem Jahre eine längere Seereise zu unternehmen. Es ist in Aussicht genommen (Änderungen vorbehalten) der Besuch der Insel Wight, St. Hilier auf Jersey (Iles Britanniques) Funchal auf Madeira, Orotava oder Santa Cruz auf Teneriffa, Tanger (Marokko), Lissabon eventuell Ostende oder Scheveningen und Helgoland. Die Fahrt wird in Hamburg beginnen und daselbst enden. Die Reise findet im September statt und wird zirka 21—24 Tage dauern. Der Preis für die Reise, der sich zurzeit noch nicht genau feststellen läßt, wird sich auf zirka Mk. 425 bis Mk. 525, je nach Lage der Kabine belaufen. In diesem Preise sind



alle Ausflüge auf dem Lande usw. eingeschlossen, ebenso die Gepäckbeförderung, sowie das Ein- und Ausbooten. Getränke und Trinkgelder exkl. Diese Reise wird unternommen, wenn umgehend eine genügende Anzahl fester Anmeldungen eingehen. Vormerkgebühr, welche jeder Anmeldung beizufügen ist, beträgt Mk. 5. Dieselbe wird auf den Gesamtpreis verrechnet, verfällt jedoch bei Nichtteilnahme oder Zustandekommen der Reise. Damen und Nichtärzte können nicht teilnehmen. Alles weitere wird binnen kurzem bekanntgegeben. Anfragen sind zu richten an den Generalsekretär des Komitee zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, Dr. A. Oliven, Berlin NW., Luisenplatz 2/4. Umgehende feste Anmeldung ist dringend geboten, Anmeldungen ohne Beifügung der Vormerkgebühr von Mk. 5 haben keine Gültigkeit.

Einen interessanten Einblick in die Vielgestaltigkeit der modernen wissenschaftlichen Forschung gewährt der soeben von der Verlagsbuchhandlung B. G. Teubner anläßlich des zehnjährigen Bestehens der bekannten Sammlung „Aus Natur und Geisteswelt“ und des Erscheinens des 200. Bändchens derselben ausgegebene illustrierte Katalog. Er enthält nämlich Proben, 30 an der Zahl, aus den bedeutsamsten Veröffentlichungen des so dankenswerten Unternehmens, die eine Reihe von anziehenden, lesenswerten Essays über Themen allgemeinsten Interesses darstellen. Nur einige von ihnen seien genannt, so „Das deutsche Bildungswesen“ (Fr. Paulsen), „Jesus als Gleichnisdichter“ (H. Weinel), „Naturwissenschaft und Religion“ (A. Pfannkuche), „Friedrich Hebbel“ (G. Witkowski), „Dürers Hieronymus“ (G. Wustmann), „Mozarts Opern“ (T. Krebs), „Volkspoesie aus Pompeji“ (F. von Duhn), „Die Straßen der mittelalterlichen Stadt“ (B. Heil), „Die deutsche Handelsbilanz“ (L. Pohle), „Arbeiterschutz und Konkurrenz“ (O. v. Zwiedineck-Südenhorst), „Was das menschliche Herz leistet“ (H. Sachs), „Der Tuberkelbazillus“ (W. Schumburg), „Fortpflanzung“ (H. Miehe), „Die Pflanzenzüchtung“ (P. Gisevius), „Die Wettervorhersage“ (L. Weber), „Entfernungen im Weltall“ (J. Scheiner), „Die Dampfmaschine als Verschwender“ (R. Vater), „Drahtlose Funken im Seeverkehr“ (H. Thurn). Nimmt man dazu die etwa 75 Proben der Abbildungen wie die anschaulichen Berichte über die erschienenen Bändchen, von denen mehr alz 40 bereits in zweiter bis vierter Auflage vorliegen, so wird zweifellos jeder Gebildete sich in das Büchlein mit dem lebhaftesten Interesse vertiefen, und wir möchten nicht unterlassen, unsere Leser auf die Gelegenheit hinzuweisen, dieses Schatzkästlein moderner Wissenschaft sich unentgeltlich durch eine an die Verlagsbuchhandlung B. G. Teubner, Leipzig, Poststraße 3, zu richtende Postkarte oder durch Vermittlung einer Buchhandlung zu verschaffen.

VI. Eingesendet.

Kundmachung.

Dr. Emanuel Bunzelsche Ärzte-Stiftung in Wien. Aus den Interessen dieser Stiftung sind für das Jahr 1908 28 Stiftplätze a K 200 (14 an Christen, 14 an Israeliten) zu verleihen. Diese Stiftplätze können nur an solche in Wien promovierte Doktoren der Medizin deutscher Nationalität verliehen werden, welche österreichische Staatsbürger sind und in Folge von Alter oder Kränklichkeit ihre Praxis nicht ausüben können oder infolge von Unglücksfällen in eine unverschuldete vorübergehende Notlage geraten sind. Notorische Antisemiten sind nach dem Stiftbriefe ausgeschlossen. Bewerber um einen Stiftplatz haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Doktordiplome, der Bestätigung der Kränklichkeit oder der hilfsbedürftigen Lage und dem Nachweise der deutschen Nationalität, welcher erbracht erscheint, wenn der Bewerber bei der letzten Volkszählung die deutsche Sprache als Umgangssprache angegeben hat, belegten Gesuche bis längstens 1. Oktober d. J. beim Wiener mediz. Doktorenkollegium, I. Rotenturmstraße 19 (van Swietenhof) zu überreichen.

Wiener mediz. Doktorenkollegium.

Nr. 163.

Die

Gemeindearztensstelle

der **Gruppe Schrattenthal** gelangt am 30. Juni l. J. zur Besetzung. Die Gruppe besteht aus sechs Gemeinden mit 2533 Einwohnern. Die Gemeindebeiträge belaufen sich auf 596 Kronen, die Landessubvention beträgt 400 Kronen. Es ist ebenes Terrain mit bequemen Verbindungsstrassen.

Die **Gesuche** sind bis **30. Juni l. J.** dem **Bürgermeisteramt** in **Schrattenthal** zu überreichen.

Schrattenthal, am 1. Juni 1908.

Bürgermeisteramt Schrattenthal

pol. Bez. Oberhollabrunn.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. **Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 25. Wien, 20. Juni 1908. Nr. 25.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Ernährung der Herzkranken in den Bädern.*)

Von **Dr. Max Hirsch**, Kudowa.

Wiewohl der Gedanke, daß jede Krankheit, oder besser gesagt, jeder Kranke einer rationellen Ernährung bedarf, bereits in den breitesten Schichten der Bevölkerung Wurzel gefaßt hat und wohl selten ein Patient den Arzt verläßt, ohne ihn danach zu fragen, welche Speisen oder Getränke ihm erlaubt bezw. verboten sind, wiewohl ferner die Lehre der Diät gerade in den letzten Jahrzehnten, besonders durch die Bemühungen von E. v. Leyden und seiner Schule, von C. v. Noorden, Albu eine hohe wissenschaftliche Stufe erreicht hat, sehen wir doch noch immer, wie ich bereits im vorigen Jahre an dieser Stelle auseinandersetzen durfte, daß die praktische Ausführung der Ernährung in sehr vielen Fällen zu wünschen übrig läßt, daß namentlich in den Badeorten die Patienten nicht immer die Ernährung finden, die bei ihrem Leiden am Platze wäre. Wohl wird bei Magen- und Darmkranken, Stoffwechselkranken, vielleicht auch auf die Empfehlung von Strauß hin bei Nierenkranken besondere Rücksicht auf die Ernährung genommen. Bei anderen Gruppen von Krankheiten ist die Diät jedoch ein durchaus vernachlässigtes Gebiet, man könnte schon fast sagen, eine terra incognita, und erstreckt sich höchstens darauf, daß gewohnheitsmäßig ohne eingehende Kritik einige Genußmittel verboten werden. Am krassesten dürfte sich diese Art bei der Anwendung der Diät für Herzkranke zeigen, bei denen oft genug die einzige Diätvorschrift lautet: „Kein Kaffee, kein Tee, kein Alkohol!“ Und doch ist gerade bei Herzkranken eine zweckmäßige Ernährung für die Therapie von größter Bedeutung. Gerade in diesem Punkte zeigt sich besonders der Wert des Individualisierens gegenüber dem Schematismus; denn wir werden bei Herzkranken niemals die Ernährung nach den einzelnen Krankheiten ordnen können, sondern den individuellen Verhältnissen anpassen müssen, wie ja auch Rosenbach sich dahin äußert, daß es „keine Herzkrankheiten, sondern nur Herzkranke von total verschiedenen und selbst im einzelnen Falle oft wechselnden Bedürfnissen gibt“. In folgenden Erörterungen wird sich daher auch keine strenge Einteilung finden; es werden nur die Prinzipien in der Ernährung der Herzkranken zu erörtern sein. Im übrigen muß jeder Kranke als ein casus sui generis aufgefaßt werden.

Von den Herzkranken, welche Badeorte aufsuchen, kommen die mit akuten Leiden behafteten nur insofern in Frage, als unter der Behandlung mitunter chronische Leiden den Charakter einer akuten Krankheit wieder annehmen, daß sich z. B. bei der Behandlung eines Herzklappenfehlers wieder das Blild einer Endocarditis acuta einstellt. In diesen Fällen wird die Ernährung der akuten Endokarditis in Frage kommen: Die antifebrile blande Diät. Man wird dem Kranken vor allem flüssige, kräftige, reizlose Nahrungsmittel, Bouillon, Milch usw. mit einem Zusatz von eiweißreichen Nährpräparaten geben. Die Eiweißzufuhr muß eine ausreichende sein; man muß berücksichtigen, daß im Fieber ein stärkerer Eiweißzerfall stattfindet. Der Empfehlung von Schabefleisch, die wir in dem Kompendium von Schilling finden und die wir auch sonst recht häufig antreffen, möchte ich mich nicht anschließen aus dem Grunde, weil rohes Fleisch schwerer verdaut wird wie zubereitetes. Das Bindegewebe des Fleisches, welches erst durch Kochen, Braten usw. aufgelöst wird, verhindert nach Ad. Schmidt das Herandringen der Salzsäure an das Muskeleiweiß, was um so mehr in die Wagschale fällt, als die Sekretion von Salzsäure im Fieber oft daniederliegt. Es sei noch kurz darauf hingewiesen, daß man die Aufnahme von größeren Quantitäten von Flüssigkeit verbieten soll, um das Herz, das an sich schon schwach ist, nach Möglichkeit zu schonen. Die Temperatur der Getränke soll kühl sein, da Wärme von Fiebernden schlecht vertragen wird. Bei hohem Fieber ist den Patienten das Schlucken von Eis sehr angenehm. Sobald Herzschwäche eintritt und einen drohenden Charakter annimmt, dann tritt die Ernährung der Herzschwäche, auf die ich später noch eingehe, in den Vordergrund.

Bei den chronischen Herzkranken haben wir zwei Gruppen zu unterscheiden, je nachdem die Kompensation vorhanden ist oder fehlt. Die Kompensation bei Herzklappenfehlern kommt dadurch zustande, daß die Herzwandungen durch Dilatation oder Hypertrophie oder durch beide Erscheinungen so verändert werden, daß sie „dem Herzen ermöglichen, die durch den Klappenfehler bedingte und aufgebürdete Mehrarbeit aufzubringen“. (Broadbent.) Ist die Kompensation bei einem Herzklappenfehler eingetreten,

*) Vortrag, gehalten am 36. schlesischen Bädertag in Breslau.



dann erfüllt das Herz seine physiologische Aufgabe. Nur sind dann, wie Straeter in seiner Monographie auseinandersetzt, die Reservekräfte des Herzens wesentlich herabgesetzt. Für die Ernährung folgt daraus, daß man im allgemeinen solche Herzkranke ernähren kann, wie gesunde Menschen. Romberg geht sogar so weit, daß er sagt: „Selbst ausgiebige Diners sind bei solchen Fällen in ihrem trockenen Teile unbedenklich zu gestatten, wenn sie nicht eine Gewohnheit des täglichen Lebens bilden.“ Ich möchte mich dieser Angabe nur mit größter Reserve anschließen, vielmehr mit Rücksicht auf Straeters Arbeit über die Herabsetzung der Reservekräfte des kompensierten Herzens mich dahin äußern, daß sich solche Kranke keine Extravaganz gestatten dürfen, am allerwenigsten Exzesse beim Essen oder Trinken. Eine einmalige Übertreibung der Nahrungsaufnahme kann die Kraft des Herzens so stark in Anspruch nehmen, daß die geringen Reservekräfte des erkrankten Herzens versagen. Aber auch schon leichtere Exzesse werden solchen Kranken Schaden bringen, wenn sie sich häufig wiederholen. Solch ein Exzeß dürfte übermäßige Zufuhr von Nahrung und von Getränken sein, auch wenn sie harmloser Natur sind, wie Suppen, Trinkwasser, Mineralwässer, von Alkoholizis nicht zu reden. Die Folge dieser kleinen Diätüberschreitung ist die, daß man dem Herzen dauernd eine Mehrarbeit zumutet, die es durch die Verarbeitung der Speisen und Getränke zu leisten hat. Diese dauernde Belastung des Herzens wird seine Reservekräfte bald aufbrauchen und die Kompensation, die für das Herz so unendlich wichtig ist, geht ihm verloren. Gerade bei diesen Kranken ist es empfehlenswert, die Toleranzgrenze für die Nahrung, besonders für die Aufnahme der Flüssigkeiten, festzusetzen. Eine überschüssige Menge darf ihnen nicht gereicht werden. Aber andererseits soll man ihnen nicht zuviel Beschränkungen auflegen. Der Herzkranke mit kompensiertem Klappenfehler fühlt sich im allgemeinen als gesunder Mensch. Aber über einem solchen Kranken hängt stets das Damoklesschwert des Exzesses. War ein solcher Mensch gewöhnt, ein gewisses Maß von Bier zu trinken und ist an ihn die Diätvorschrift „kein Alkohol“ ergangen, dann ist er in seinen Lebensgewohnheiten gestört und ihm eine Last aufgebürdet worden, die er oft schwer empfindet. Und wie häufig kommt es vor, daß diese Last überflüssig war. Es liegt kein Grund vor, daß ein Herzkranker mit kompensiertem Herzfehler nicht ein oder auch ein paar Glas Bier trinken soll, je nachdem die Kompensation mehr oder weniger vollständig hergestellt ist. Ist es schon ein großes Unrecht, das der Arzt begeht, dem Kranken eine Last aufzubürden, für den doch alles mögliche getan werden soll, um sein Los zu erleichtern, für den nach v. Leyden kein Komfort vollkommen genug ist, so liegt außerdem in diesen zu strengen Verordnungen die Gefahr, den Kranken zu einem Neurastheniker und Hypochonder zu machen. Die stete Erinnerung an das Verbot und an die Krankheit wird auf die Dauer auch das stärkste Nervensystem erschüttern.

Ein zweiter Punkt, auf den bei diesen Kranken geachtet werden soll, ist der, daß man die Kräfte des Patienten möglichst hochbringt, also ihm die Nahrung in einer solchen Form gibt, daß sie ihm genügend Kalorien zuführt; aber andererseits muß man auch dafür sorgen, daß diese Kranken nicht unnütz Fett ansetzen, das für sie nur ein lästiger Ballast ist und dem Herzen eine unnütze Arbeit aufbürdet. Daraus folgt, daß solchen Kranken eine Diät gegeben werden muß, die an Eiweiß reich ist. Fett und Kohlehydrate sollen eingeschränkt werden, ersteres aus dem Grunde, um kein Körperfett ansetzen zu lassen, letzteres, weil doch die Herzkranken verhältnismäßig weniger arbeiten und die Kohlehydrate gerade diejenigen Nährstoffe sind, deren Verbrauch der Muskelarbeit parallel geht. (Rubner.) Aus diesem Grunde werden wir auch solchen Kranken, wenn wir ihnen Alkokol reichen, worauf besonders Bauer hinweist, weniger Bier als Wein geben, um ihnen nicht eine überschüssige Flüssigkeitszufuhr aufzubürden, allerdings nach Feststellung der Toleranzgrenze,

Feuilleton.

Trepanation bei den Südseeinsulanern.*)

Von **R. Parkinson.**

Die chirurgischen Kenntnisse der Eingeborenen erreichen in der Behandlung von Schädelbrüchen, die durch Schleudersteine verursacht sind, unstreitig ihren Höhepunkt. Ist ein Eingeborener im Kampfe durch einen Schleuderstein betäubt worden, so schleppt man den Bewußtlosen unverzüglich vom Kampfplatze fort und bringt ihn zu einem Manne, der mit der Behandlung derartiger Wunden vertraut ist. Derselbe konstatiert nun zunächst die Natur der Verwundung; hat der Schleuderstein die Schläfe eingedrückt, so erklärt er von vornherein die Verwundung als tödlich und nimmt keine Operation vor. Ist dagegen das Stirnbein eingedrückt, so schreitet er unverzüglich zur Trepanation. Seine Instrumente sind die denkbar einfachsten, ein Obsidiansplitter, ein scharfer Haifischzahn oder eine geschärfte Muschelschale. Vor der Operation wäscht er seine niemals sehr sauberen Hände mit dem Wasser einer Kubika (Kokosnuß, welche voll Wasser ist, aber noch keinen Kern angesetzt hat), mit demselben Wasser wird auch die Wunde sorgfältig gewaschen. Ob diese Flüssigkeit nun antiseptische Eigenschaften besitzt, vermag ich nicht zu sagen, Tatsache bleibt jedoch ihre Verwendung. Mit einem der vorher genannten Schneideinstrumente macht nun der Operateur einen langen Schnitt quer über die Quetschung bis auf den Schädelknochen. Zwei Gehilfen ziehen mittels eines dünnen Rotangfadens, der an einer Harlocke befestigt ist, die vom Schädelknochen losgelöste Skalpdecke langsam und vorsichtig zurück, bis der Operateur den ganzen verletzten Teil des Schädelknochens bloßgelegt hat. Die nächste Arbeit besteht in der Entfernung der Knochensplitter. Mit einem geschärften Stückchen Kokosschale werden die einzelnen Splitter sorgfältig ausgehoben, bis das Gehirn sichtbar wird. Der Operateur betrachtet dies nun sorgfältig; findet er, daß das Gehirn eine leise, pulsierende Bewegung hat, so ist er sehr befriedigt und verspricht eine schnelle Heilung, gewahrt er jedoch keine Bewegung, dann ist ihm dies ein Zeichen, daß Knochensplitter in das Gehirn eingedrungen, und er macht dann ein bedenkliches Gesicht, gibt jedoch nicht alles verloren, sondern beginnt nach den verborgenen Knochensplittern zu suchen. Zu dem Ende hebt er die Gehirnfalten sorgfältig auseinander, bis er dazwischen verborgene Knochensplitter findet und entfernt; das hiebei verwendete Instrument ist der vorher erwähnte Kokosnußschalensplitter.

Ist nun soweit alles von Erfolg gekrönt, dann beginnt das nächste Stadium der Operation. Dasselbe besteht darin, daß der Operateur mit einem scharfen Gegenstand, Obsidiansplitter oder geschärfte Muschelschale, die entstandene Öffnung in der Schädeldecke an den Rändern abschabt, so daß alle scharfen Ecken entfernt werden, bis das Loch rund oder elliptisch ist; dabei wird sorgfältig darauf geachtet, daß die geschabten Teile nicht in die Hirnhöhle geraten. Ist auch diese Arbeit verrichtet, so ist damit die eigentliche Operation beendet, und der Operateur tut nun die nötigen Schritte, um die Heilung der Wunde zu befördern. Das in der Schädeldecke gemachte Loch überdeckt er mit einem Stückchen mal, Baststoff, aus einem bestimmten Baume, oder mit einem Stückchen Herzblatt einer bestimmten Banane, das erst einige Augenblicke über Kohlenfeuer gehalten wird. Dann werden

*) Aus: Dreißig Jahre in der Südsee. Land und Leute, Sitten und Gebräuche im Bismarckarchipel und auf den deutschen Salomoinseln. Von R. Parkinson. Herausgegeben von Dr. B. Ankermann, Direktorialassistent am Königl. Museum für Völkerkunde zu Berlin. Mit 56 Tafeln, 141 Textbildern und vier Übersichtskarten. Geheftet Mk. 14.—, elegant gebunden Mk. 16.—. Verlag von Strecker & Schröder in Stuttgart.



und wird unter den Weinarten den leichten Landweinen den Vorzug geben.

(Fortsetzung folgt.)

Die Bedeutung der modernen Syphilisforschung für die Bekämpfung der Syphilis.

(Fortsetzung.)

Ich kann, glaube ich, die Resultate dahin zusammenfassen, daß die Komplementbindungsmethode mit wässerigem Luesextrakt mit Sicherheit eine Diagnosenstellung auf Lues erlaubt, wenn sie positiv ausfällt. Was den negativen Befund betrifft, so ist die Reaktion nicht eindeutig. Wenn Sie die negativen Befunde verstehen wollen, dann muß ich Sie hier auf die Statistik der von Blaschko und mir untersuchten Fälle verweisen, die das vorigemal schon in einigen Punkten besprochen worden ist. Wenn man die Syphilitiker vom Primäraffekt an in bezug auf die Serumreaktion verfolgt, so sieht man folgendes:

1. Beim Primäraffekt in 90% der Fälle Reaktion positiv, in 10% negativ. Was besagen die 10% negativer Fälle? Zwei Möglichkeiten liegen hier vor:

1. Daß in diesen Fällen eine Allgemeininfektion noch nicht erfolgt ist, daß also der Vorgang so sein wird: Nachdem die syphilitische Infektion entstanden ist, haben sich die Erreger an Ort und Stelle zunächst vermehrt, haben dort zu einer lokalen Reaktion, zu einem Primäraffekt geführt, sind aber noch nicht in den Gesamtorganismus gelangt und haben folglich noch keine Allgemeinreaktion ausgelöst. Wir können die die Reaktion auslösenden Substanzen als Indikator der Allgemeininfektion auffassen, gleichviel, ob wir sie als Antikörper oder mit Wassermann als Syphilistoxine oder mit Levaditi und Yamanouchi als Lipoide auffassen, die bei dem destruktiven Prozeß in der Haut freigemacht werden.

2. Finden wir aber keine Reaktion im Blute, so beweist das nicht notwendig, daß noch keine Allgemeininfektion erfolgt ist, sondern es sind wiederum zwei Möglichkeiten da: a) daß die Allgemeininfektion schon da ist, die Reaktion aber noch nicht eingetreten ist, und b) daß wirklich noch keine Allgemeininfektion da ist.

Wenn wir einen Augenblick bei diesen negativen Befunden im Primärstadium verweilen und hiemit die Resultate des Tierexperimentes und der klinischen Beobachtung vergleichen, so zeigt sich folgendes: Finger und Landsteiner haben an Affen Reinfektionsversuche gemacht und haben gefunden, daß es in den meisten Fällen auch noch längere Zeit nach der Infektion gelingt, bei Affen einen zweiten Primäraffekt zu setzen, wenn der erste Primäraffekt noch nicht erschienen ist. Wir können uns das leicht erklären. In diesen Fällen ist noch keine Allgemeininfektion des Körpers erfolgt, der Körper verhält sich auch serologisch noch wie ein normaler Organismus. Es tritt folglich ein zweiter Primäraffekt auf. Ist dagegen ein Primäraffekt schon da, dann gelingt es noch bei einem Teil der Fälle noch einen zweiten Primäraffekt zu setzen. Auch das ist jetzt ganz einleuchtend, denn wir sehen ja, daß ein gewisser Prozentsatz der Fälle noch eine negative Reaktion hat, daß die Organismen sich also wie normale noch verhalten.

Aber es gibt noch eine andere Möglichkeit. Es entsteht ein zweiter Primäraffekt, aber er ist abortiv, er ist klein und verschwindet schnell. Das sind vermutlich die Fälle, in denen der erste Anfang der Serumreaktion schon da ist, die Reaktionen, die Herr Blaschko in seinem Vortrage als zweifelhafte, als +-Reaktionen bezeichnet hat. Und endlich kommt ein Zeitpunkt, in dem die Setzung eines zweiten Primäraffektes überhaupt nicht angeht, oder in dem an Stelle eines Primäraffektes eine sekundäre Papel entsteht, d. h. der Körper ist schon in ein anderes Reaktionsstadium eingetreten, der Körper verhält sich nicht mehr wie ein normaler, sondern wie ein unter dem Einflusse der Allgemeinerkrankung stehender Organismus, was wir als relative Immunität oder als Allergie im Sinne v. Pirquets bezeichnen. Diese relative Immunität ist der Ausdruck dafür, daß in dem

---

die Skalplappen langsam und sorgfältig über den Schädel gezogen und in ihre ursprüngliche Lage gebracht. Die Kopfhaare rings um die Wunde werden nun abgeschnitten und das Ganze zum Schluß sorgsam mit dem Wasser einer Kubika gewaschen. Um die Skalplappen in ihrer Lage zu erhalten, und dadurch die Heilung zu befördern, wird der Oberkopf nun mit einem anliegenden weitmaschigen Geflecht aus Rotangstreifen überzogen, das den Namen kalil führt.

Der Operateur könnte nun nach unseren Begriffen mit seiner Arbeit zufrieden sein, aber weit entfernt davon greift er nun zu dem nach seiner Meinung wie nach der Überzeugung seiner Klienten allein wirksamen Mittel, nämlich nach verschiedenen Zaubermitteln, welche einzig eine wirkliche Heilung herbeiführen können. In diesem Falle hat man zwei besonders heilkräftige Zaubermittel, mailan und Aurur genannt, welche in die Luft geblasen werden, dem Operierten um den Hals gehängt oder sonst irgendwo am Körper befestigt werden. Ohne diese Mittel würde die Operation nicht vollständig sein und in der Meinung der Eingeborenen jedenfalls keinen günstigen Verlauf haben. Mag es nun die Folge der chirurgischen Geschicklichkeit des Operateurs sein oder die Folge der Zaubermittel, so viel ist sicher, daß in den allermeisten Fällen die Operation eine erfolgreiche ist. Nicht nur kenne ich eine große Anzahl solcher Operierten, welche heute noch, lange Jahre nach der Operation, am Leben sind, sondern auch meine Sammlung enthält viele Schädel von Eingeborenen, welche noch lange nach der Operation gelebt haben und von denen mir viele persönlich bekannt gewesen sind. Alle diese Schädel zeigen deutlich die Abschabung der Ränder und die später erfolgte Vernarbung. Auch in europäischen Sammlungen sind derartige Schädel nicht gerade eine Seltenheit.

Es ist zu verwundern, daß die immerhin schwierige Operation in so vielen Fällen erfolgreich ist, obgleich mit den primitivsten Instrumenten, wenn auch mit der größten Sorgfalt operiert wird. Der Operierte ist in der Regel während des Verlaufes der Operation bewußtlos. Die eingeborenen Ärzte, tena papait (tena = einer, der geschickt ist, papait = Zaubermittel), sagen mir, daß, wenn einer während der Operation zur Besinnung kommt, er nach kurzer Zeit wieder bewußtlos wird. Ein alter Eingeborener rechnete mir 31 Fälle auf, in welchen er die Operation unternommen; von diesen waren 23 am Leben geblieben, viele davon sind mir vorgestellt worden. Einer derselben ist zweimal trepaniert worden, beidemale mit Erfolg, er ist jetzt ein alter Mann, etwa 60 Jahre; die erste Wunde erhielt er als Jüngling, die zweite vor etwa 25 Jahren. Es kann vorkommen, daß nach der Operation eine Geistesstörung eintritt, die entweder permanent oder periodisch ist, aus eigener Anschauung kenne ich jedoch keinen Fall.

Auf Neulauenburg kennt man diese Operation ebenfalls. Herr Missionar Crump sagt mir, daß man dort einen V- oder Y-förmigen Schnitt macht und die Wunde nachher mit trockenen Streifen von Bananenstengeln verbindet. Übrigens mögen auch die Operateure auf der Gazellehalbinsel Abweichungen in der Methode haben, in solchen Distrikten, die mir weniger bekannt sind.

Ich will hier noch bemerken, daß die Operation nur dann vorgenommen wird, wenn man nach Entfernung der Skalphaut gewahrt, daß die Schädeldecke vollständig eingedrückt und zerschmettert ist. Ist die Schädeldecke eingedrückt und hängen die einzelnen Knochenstückchen noch zusammen, so enthält man sich weiterer Einmischung; die Hautlappen werden vorsichtig wieder in die richtige Lage gebracht, und die Wunde heilt wie gewöhnlich. Solche eingedrückte Schädel sind mir häufig gebracht worden; die Wunde des Schädels war geheilt und bildete eine vertiefte Beule.



Körper Verteidigungsreaktionen gegen die Infektion erfolgt sind, welche die Absicht haben, eine Immunität herbeizuführen, ohne daß es jedoch bei vielen Krankheiten gelingt, dieses Ziel zu erreichen. Wir werden weiter sehen, daß es gerade bei der Syphilis sehr zweifelhaft ist, ob es hier zu einer Immunität kommt. Darüber aber, daß immunisatorische Vorgänge bei der Lues vorhanden sind, lassen die Reinfektionsversuche keinen Zweifel, und es ist sehr bemerkenswert, daß zeitlich das Stadium der Allergie mit dem Auftreten der Luesreagine im Blute zusammenzufallen scheint.

Der serologische Befund erklärt uns auch gewisse klinische Beobachtungen. Sie wissen, daß die Syphilidologen darüber uneinig sind, ob man durch Exzision des Primäraffektes eine Heilung der Lues bewirken kann oder nicht. Nun, dieser Streit findet jetzt seine Entscheidung. Es wird verständlich, warum eine Anzahl Autoren über Heilerfolge berichten können und die meisten Autoren keine Heilerfolge von der Exzision sehen. Wenn die Exzision des Primäraffektes bei positiver Reaktion erfolgt, muß ein ungünstiges Ergebnis der Exzisionstherapie zustande kommen. Wenn die Exzision zu einer Zeit erfolgt, wo die Allgemeininfektion eingetreten und noch keine positive Reaktion da ist, so muß gleichfalls ein ungünstiges Ergebnis die Konsequenz sein, und nur die wenigen Fälle, in denen eine negative Reaktion vorhanden war und keine Allgemeininfektion eingetreten war, haben Chancen, daß sie bei einer Exzisionstherapie wirksam von ihrer Lues geheilt werden. Allein ich kann diese wenigen bisher in der Literatur bekannten Fälle noch nicht als ganz beweiskräftig ansehen. Es müßte dazu erst jetzt eine Serumuntersuchung erfolgen. Es müßte festgestellt werden, ob diese Fälle nicht bloß latent syphilitisch sind, d. h. durch die Exzision oder durch andere Umstände nur vor Ausbruch des Exanthems bewahrt worden sind, ohne aber wirklich geheilt zu sein, was sich in dem Nachweise der Reaktion im Blute zeigen würde.

II. Es kommt das sekundäre Stadium. In diesem Stadium sind fast alle Fälle positiv. Wir hatten einen einzigen negativen Fall, und da war es das erste Exanthem. Also ich kann sagen, 90—100% der Fälle sind positiv. In Übereinstimmung hiemit haben die Reinfektionsversuche von Finger und Landsteiner bei Affen und Menschen ergeben, daß in diesem Stadium der Organismus konstant allergisch ist, was sich darin äußert, daß an Stelle eines Primäraffektes bei der Reinfeklion sekundäre Erscheinungen auftreten.

Verfolgen wir die Lues weiter, so kommen wir auf die Periode der Frühlatenz, und da sehen Sie, daß 20% der Fälle bereits negativ sind. Leider sind die Fälle in dieser Tabelle nur nach dem Gesichtspunkte der verschiedenen Syphilisperioden zusammengestellt, aber nicht nach dem Gesichtspunkte der Therapie, wie ich dies in meinen ersten Publikationen gemacht habe. Die große Häufigkeit der positiven Reaktion in der Frühlatenz stimmt gut mit der klinischen Erfahrung von der Häufigkeit der Rezidive in den ersten Jahren und mit den schlechten Erfahrungen überein, die die Syphilitiker dieses Stadiums beim Eingehen einer Ehe machen müssen, worauf Fournier aufmerksam macht. Meistens ist es jedoch so, daß in dieser Frühperiode ohne Symptome die Patienten schon behandelt worden sind. Die meisten dieser Fälle haben eine Schmier- oder Spritzkur, viele schon mehrere Kuren durchgemacht, denn wir bezeichnen als Frühperiode die ersten vier Jahre der Lues.

Wochenschau.

Von **Spektator**.

Die Tätigkeit der Wiener Ärztekammer. — Umwandlung der Abteilung Mosetig. — Das Arbeitsministerium.

Auch die ärztliche „Saison" geht ihrem Ende entgegen. Die praktischen Ärzte nehmen in die Ferien, soferne sie sich solche erlauben können und sie nicht das ganze Jahr unfreiwillige Ferien haben, das peinigende Bewußtsein mit, daß ihre Lage nicht besser ist, daß vielmehr mehrere Attentate gegen sie geplant sind, deren Gelingen nicht unwesentlich durch die mangelnde oder unzulängliche Tätigkeit der ärztlichen Vertretungskörper gefördert werden. Werfen wir am Ende der Saison einen Rückblick auf das hinter uns liegende Halbjahr.

Auch auf der ganzen südlichen Hälfte von Neumecklenburg, sowie auf den vorgelagerten Inseln Gerrit Denys und Caens ist die Trepanation bekannt. Bei der nahen Verwandtschaft der Gazellehalbinselstämme mit den Stämmen des südlichen Neumecklenburg darf uns dies nicht wundern. Die Operation wird auch hier von Männern ausgeführt, und soweit ich erfahren konnte, in derselben Weise wie auf der Gazellehalbinsel. Man ist jedoch in der ärztlichen Praxis noch weiter fortgeschritten, indem man dort auch bei gewissen Krankheiten zur Trepanation schreitet, um dem Kranken Linderung zu verschaffen, namentlich bei Epilepsie und bei andauernden schweren Kopfschmerzen. In diesen Fällen macht man einen Einschnitt in die Kopfhaut und legt den Stirnknochen bloß. Der letztere wird dann mit einer geschärften Muschel so lange geschabt, bis eine Furche und endlich ein Spalt im Stirnknochen entsteht; die Kopfhaut wird dann wieder darüber gezogen, heilkräftige Kräuter darauf gelegt und nach kurzer Zeit, etwa zehn Tagen, ist die Wunde wieder zugeheilt.

Dies hat nun dazu geführt, daß man die Trepanation des Schädels durch Schaben als ein sicheres Heilmittel gegen verschiedene Krankheiten ansieht, und um ihre Kinder gegen Kopfschmerzen und Epilepsie während ihrer ganzen Lebensdauer zu schützen, unterläßt eine vorsorgliche Mutter nicht, ihren Kindern den Stirnknochen durch Schaben zu öffnen; in einzelnen Distrikten geschieht diese Trepanation nur einmal, in anderen Distrikten dagegen zweimal und dreimal. Ich war vor Jahren geneigt, die durch die Operation entstandenen Narben als „Ziernarben" zu betrachten, obgleich ich mir nicht erklären konnte, wie dadurch eine fühlbare, tiefe Furche in dem Schädelknochen entstand.

Vor einigen Jahren wurde ich unweit Kap Santa Maria durch das jämmerliche Geschrei einiger Kinder herangelockt, die mit mehreren Weibern eine Gruppe in dem seichten Gewässer eines Baches bildeten. Ich war nicht wenig erstaunt, als ich bei meinem Herantreten gewahrte, daß zwei etwa dreijährige Mädchen von mehreren Weibern festgehalten wurden, während die Mütter den bloßgelegten Stirnknochen energisch mit einem scharfen Muschelblättchen abschabten. Das Schaben an und für sich schien den Kleinen nicht gerade große Schmerzen zu bereiten, das Geschrei war wohl mehr ein Protest gegen das gezwungene Stillhalten, denn sobald eine Pause in dem letzteren stattfand, hörte auch das Geschrei auf. Die Operation wurde so lange fortgesetzt, bis ein feiner Spalt sichtbar wurde, etwa 1 *cm* lang und 1/2 *mm* breit; dann spülte man die Wunde mit dem nicht sehr reinen Wasser des Baches ab und legte gequetschte Blätter auf die Wunde; der Verband besteht aus einem Streifen alten Baumwohlzeuges. Die operierten Kinder schienen wohl und munter zu sein; beide zogen an der Hand ihrer Mutter nach vollendeter Operation von dannen.

Diese Art prophylaktischer Trepanation findet nur bei Kindern statt, und zwar in dem Zeitraum vom zweiten bis zum fünften Lebensjahre. Sterbefälle sollen sehr selten sein. Die Narben sind im späteren Leben sehr sichtbar und erstrecken sich von der Mitte der Stirn aufwärts bis zum Haaransatz; wenn zwei oder sogar drei solcher Operationen ausgeführt sind, so liegen die Narben in der Regel 2 bis 2 1/2 Zentimeter senkrecht nebeneinander, und wenn man mit dem Finger über den operierten Stirnknochen tastet, spürt man sehr deutlich die durch das Schaben entstandenen tiefen Furchen. In den mir zu Gesicht gekommenen Schädeln solcher Eingeborenen war die künstlich herbeigeführte Spaltung des Stirnknochens bereits vollständig verheilt.



Vor allem wollen wir offen bekennen, daß wir das Kompromiß bei den Wahlen in die Ärztekammer mit gemischten Gefühlen begrüßten. Nicht als ob wir unter allen Umständen ein Kompromiß unter den Ärzten verwerflich finden. Aber dieses Kompromiß war ein leoninisches, wobei der schwächeren reaktionären Minorität, die obendrein noch das Odium trägt, daß sie zuerst die Brandfackel der Parteiung unter die Ärzte geschleudert hat und noch anläßlich der unmittelbar vorangehenden Wahlen in das medizinische Doktorenkollegium mit den schmutzigsten Mitteln gekämpft hatte, der Löwenanteil zufiel. Aber man beschwichtigte unsere warnende Stimme mit der diplomatischen Versicherung, daß die Ärzte nun geeint gegenüber der bureaukratischen Willkürherrschaft Erfolge erringen werden.

Nun, die Erfolge sehen danach aus! Glatter konnten die Ärzte mit ihrem Standpunkte beim Verwaltungsgerichtshofe nicht durchfallen, als es geschehen ist. Und die daraus resultierende Lage kann man nicht besser illustrieren, als mit den Worten: Zum Teufel ist der Spiritus, das Phlegma ist geblieben.

Inzwischen kommt der Lohn für die reaktionäre Agitation. Dr. Pichler ist zum Direktor des neuen städtischen Jubiläumsspitals ausersehen, Dr. v. Wörz zum Leiter der chirurgischen und — Dr. Erich v. Schrötter zum Leiter der internen Abteilung. Man muß zugeben, daß die leitenden Männer bekannter sind durch ihre Verwandtschaften resp. Hetzereien als durch ihre wissenschaftliche Tätigkeit. Der richtige Leiter für diese Anstalt aber wäre eigentlich Doktor Klotzberg, der im Vereine mit einigen alten Weibern heute noch Impfgegner ist.

Das Unterrichtsministerium und das Sanitätsdepartement des Ministeriums des Innern beschäftigen sich, wie wir erfahren, zurzeit mit der Frage der Errichtung einer eigenen Unfallsabteilung im Allgemeinen Krankenhause. Schon vor Jahren hat die Freiwillige Rettungsgesellschaft die Aktivierung des Unfallspitals angeregt und sie hat sich auch bemühlt, die maßgebenden Kreise hiefür zu interessieren. Nunmehr scheint, wenn auch in anderer Form, die Angelegenheit ihrer positiven Lösung nahe, da sich hiefür sogar die Vorstände der beiden Wiener chirurgischen Kliniken, die Hofräte Prof. Baron Eiselsberg und Hochenegg, interessieren und dem Unterrichtsministerium eine diesbezügliche Eingabe überreicht haben.

Bisher ist es meist üblich, daß Personen, die Unfälle erlitten, von der Rettungsgesellschaft verbunden und je nach dem Wunsche des Verletzten oder nach dem Grade der Verletzung entweder der häuslichen Pflege überantwortet oder in eines der nächstgelegenen Spitäler gebracht werden. Bei der bekannten Spitalsmisere kommt es mitunter auch vor, daß die Verunglückten, kurz nachdem ihnen im Spitale der erste Verband angelegt wird, wieder aus der Spitalspflege entlassen werden, da man dort den Raum für andere Kranke benötigt.

Diese fast ambulatorische Behandlung von Personen, die einen Unfall erlitten haben, ist nicht nur häufig dem Zustande des Verletzten abträglich, sondern sie wirkt auch in ungünstiger Weise auf den klinischen Unterricht in der Chirurgie, speziell bei der Unterweisung in der sogenannten „kleinen Chirurgie“ und der Leistung der ersten Hilfe durch den Arzt. Da die infolge von Unfällen erkrankten Personen nur in ganz geringer Zahl auf die beiden chirurgischen Kliniken im Allgemeinen Krankenhause gebracht werden und die Professoren daher nur wenig Gelegenheit haben, frische Verletzungsfälle den Hörern zu zeigen, haben sich die klinischen Vorstände Eiselsberg und Hochenegg bestimmt gefunden, an das Unterrichtsministerium eine Eingabe zu richten, in der sie auf die Notwendigkeit einer eigenen Unfallsabteilung hinwiesen, die der Leitung und Verwaltung der chirurgischen Kliniken unterstehen soll. Gleichzeitig ersuchen sie, die durch das Ableben des Hofrates Prof. v. Mosetig verwaiste chirurgische Abteilung des Krankenhauses in ein derartiges Unfallspital umzuwandeln. Hieher sollen nach Tunlichkeit alle von Unfällen betroffenen Personen gebracht und zur Behandlung und Demonstration beim klinischen Unterrichte beiden Kliniken gleichzeitig zugewiesen werden. Dadurch soll dem schon erwähnten Übelstande, daß die medizinische Hörerschaft unserer Universität nur selten Gelegenheit hat, frische Verletzungsfälle zu sehen, abgeholfen werden. Auf der einstigen Mosetigschen Abteilung stehen 89 Betten zur Verfügung.

Da die Kosten einer derartigen Umwandlung der Abteilung Mosetig in ein Unfallspital nur geringe sind, hofft man in akademischen Kreisen, daß der Eingabe unserer Chirurgen von den beiden beteiligten Ministern, die hierüber zu entscheiden haben, Folge gegeben wird. Wie es heißt, wird die positive Entscheidung schon demnächst herablangen.

Daß tatsächlich ein dringendes Bedürfnis für die Schaffung eines eigenen Unfallspitales besteht, beweisen die statistischen Daten der Rettungsgesellschaft, aus denen hervorgeht, daß die Anzahl der Unfälle, bei welchen die Gesellschaft interveniert, von Jahr zu Jahr steigt.

Über die sozialpolitischen Absichten des Arbeitsministeriums sprach sich Minister Gessmann wie folgt im Budgetausschusse aus:

Wenn Abg. Dr. Adler verlangte, daß die Interessen der Bergarbeiterschaft in vollem Umfange Berücksichtigung finden, so könne der Minister ihm diesbezüglich Beruhigung geben. Man sei gegenwärtig daran, bezüglich der Inspektion im Bergbau eine weitreichende Aktion einzuleiten und es werde nur vom Finanzministerium abhängen, inwieweit diese Angelegenheit zu einem positiven Resultate geführt werden kann. Es sei auch die Heranziehung der Arbeiterschaft zur Inspektion in Aussicht genommen, was natürlich auch gewisse finanzielle Mittel erfordert. Dem Minister werde es zur großen Freude gereichen, wenn das Haus seine diesbezüglichen Bestrebungen unterstützen werde. Wenn Dr. Adler Bedenken dagegen erhob, daß die Wohnungsfürsorge dem Ministerium für öffentliche Arbeiten übertragen werde, so möchte der Minister ihn fragen, ob es ihm lieber sei, wenn für die Wohnungsfürsorge gar nichts geschehe, als wenn irgend etwas von dem Ministerium für öffentliche Arbeiten für diesen Zweig der Wohlfahrtspflege getan werde. Gegenwärtig existiert die Wohnungsfürsorge unter den staatlichen Agenden überhaupt nicht. Der Minister sei sich der kolossalen Schwierigkeiten dieser Angelegenheit bewußt. Es werde nur schrittweise vorgegangen werden können. Allein gerade auf diesem Gebiete sei selbst schon der erste Schritt von Wert, w nn sich daran weitere Maßnahmen knüpfen. Die Unterstützung von Baugenossenschaften werde nur mit Vorsicht vor sich gehen dürfen. Allein jedenfalls sei es notwendig, auch in dieser Richtung etwas zu unternehmen. Mit Staatssubventionen allein allerdings werde sich da nichts machen lassen. Es müsse ein Weg gefunden werden, um das Privatkapital in stärkerem Maße heranzuziehen als bisher. Wir werden sehen, wie Geßmann diese Versprechungen einlösen wird.

Internationaler Laryngo-Rhinologenkongreß.

Wien 20.—25. April 1908.

(Fortsetzung.)

Über Inhalationstherapie sprach T. Heryng. Warschau.

Die meisten bis zur letzten Zeit benützten Inhalationsapparate entsprachen nicht den Forderungen einer rationellen Therapie, da sie nicht genügend reichlich und fein zerstäubten, keine genaue Regulierung der Temperatur des Sprays gestatteten und keine Vergasung schwerflüchtiger Stoffe bewirkten. Ihr größter Nachteil bestand aber darin, daß die Menge der eingeatmeten Medikamente viel zu gering war, um eine nennenswerte Wirkung ausüben zu können. Die relativ niedrige Temperatur des Sprays, die auch bei dem Siegelschen Apparat kaum 30 Grad Celsius übersteigt, verhindert die Kondensation der zerstäubten Flüssigkeiten in



der Trachea, deren Temperatur bekanntlich zwischen 36·2 und 37 Grad schwankt. Nach physikalischen Gesetzen kondensiert sich Wasserdampf nur in kühleren Medien. Zerstäubte Flüssigkeiten von 30 Grad Celsius können daher in die Luftröhre nur in ganz geringen Mengen eindringen, da ihr größerer Teil sich in der kühleren Mund- und Rachenhöhle niederschlägt. Experimente an Lungen von Katzen, denen durch künstliche Atmung äußerst fein zerstäubte Lösungen von Methylenblau (1 : 1000) eingeführt wurden, ergaben die wichtige Tatsache, daß die gefärbte Flüssigkeit nicht nur in die unteren Lappen, sondern auch in die Lungenspitzen eindrang. Ähnliche Resultate sind von Reitz an Lungen von Hunden erzielt worden. Hermann v. Schrötter und Bulling haben durch entsprechende Versuche an Kranken das Eindringen der gefärbten Flüssigkeiten bis tief in die Lunge nachgewiesen.

Die ersten erfolgreichen Regulierungsvorrichtungen des Dampfsprays sind durch Bulling geliefert worden und müssen als ein großer Fortschritt der Inhalationstherapie bezeichnet werden. Sein Thermovariator, der sich schnell die Anerkennung von maßgebender Seite erwarb, besaß als Hausapparat gewisse tektonische Mängel, die beseitigt werden mußten, um der Inhalationstherapie ein größeres Feld zu eröffnen und sie nicht nur bei Erkrankungen der oberen Luftwege, sondern auch bei gewissen dyskrasischen Zuständen, bei gewissen Zirkulationsstörungen anwenden zu können. Um eine rationelle Thermotherapie, eine Abhärtung der Schleimhäute des Pharynx und des Larynx zu erreichen, konstruierte ich vier Typen von Inhalationsapparaten, und zwar: 1. Vorrichtung zur Regulierung des kalten Sprays von 15 bis 30 Grad Celsius mittels eines tulpenförmigen Thermoregulators. 2. Thermoregulator für Dampf-Inhalationsapparate ohne Thermometer mit einer einstellbaren Skala von 35 bis 65 Grad Celsius. 3. Thermoakkumulator (Lyrarohr) zur Vergasung schwerflüchtiger, balsamischer, antiseptischer und anästhesierender Medikamente, der es gestattet, dieselben bei einer Temperatur von zirka 55 Grad Celsius in ein gasartiges Gemisch überzuführen, während diese Stoffe sonst erst bei 100 bis 230 Grad Celsius vergasen. Um diese gasartigen Gemische respirabel zu machen, müssen dieselben mit Luft- und Wasserdampf entsprechend erwärmt angewendet werden, um den Kehlkopf nicht zu reizen. Als Beweis, daß die genannten Stoffe in Lyrarohr in Gase übergehen, dient die Tatsache, daß sie mit 50 bis 70 Prozent Wasser gemischt, angezündet, mit heller Flamme brennen. Diese gasförmigen Medikamente dringen ebenso wie die Luft in alle Teile der Lunge, werden durch die Gefäße sofort resorbiert und gelangen unversetzt in den Kreislauf.

Das Feld der durch die Thermoregulatoren und die Thermoakkumulatoren erweiterten therapeutischen Maßnahmen hat sich in zwei Richtungen vergrößert: 1. Wir können eine Steigerung der Temperaturen des Sprays bis auf 75 Grad Celsius erreichen und bis 10 Grad Celsius erniedrigen (bei Benützung von flüssiger Kohlensäure als Druckkraft); 2. Wir verfügen über gasförmige, regulierbare, mit Wasserdampf gesättigte Gemenge, die eine lokale Therapie des Lungenparenchyms ermöglichen und auch die Anwendung der Thermotherapie im eigentlichen Sinne des Wortes in Aussicht stellen.

Die Inhalationstherapie kann mit gutem Erfolg angewendet werden und nicht nur bei Nasen-, Rachen-, Kehlkopf-, Tracheal- und Bronchialaffektionen, und zwar sowohl bei akuten und chronischen Zuständen, sie ist auch indiziert bei chronischer Lungentuberkulose, nicht um die Bazillen zu vernichten, sondern um die sekundären Infektionen erfolgreicher als bisher zu bekämpfen, das stagnierende Sekret zu verflüssigen, die Expektoration anzuregen, den Husten zu lindern, die Kongestionszustände zu mildern, durch Resorption in das Blut von antiseptischen Stoffen direkt auf die Toxine der Tuberkelbazillen und der Eiterkokken einzuwirken. Die Inhalationstherapie sollte vorerst in Sanatorien für Lungenkranke Anwendung und Verbreitung sowie Nachprüfung finden, da sie eine stete Kontrolle erfordert. Bei Asthma und Arteriosklerose habe ich recht gute Resultate mit Jodpräparaten erlangt.

Diese Methode könnte ferner Anwendung finden bei chronischen rheumatischen Zuständen, bei Chlorose und Anämie.

(Fortsetzung folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Die erste Sektion verhandelte hierauf über die Biologie und die Differentialdiagnose der zur Typhusgruppe gehörigen Bazillen. Professor Löffler, Greifswald, betrachtete zunächst den botanisch-systematischen Teil der Frage. Er bezeichnete alle Mikroorganismen als „Typhazeen“.

Die Familie ist dadurch charakterisiert, daß die Individuen aus kurzen, an den Enden abgerundeten Stäbchen bestehen, die keine endogene Sporenbildung erkennen lassen, sich nicht nach Gram färben, in Nährgelatine runde, ovale oder wetzsteinförmige graue bis braune, mehr oder weniger scharf gekörnte Tiefenkolonien — und flache runde oder rundliche, auch wellige Ränder darbietende, vielfach mit eigenartigen Furchen versehene Oberflächenkolonien bilden und die Nährgelatine nicht verflüssigen.

Die verschiedenen Arten lassen sich voneinander unterscheiden durch eine Reihe von morphologischen und biologischen Eigentümlichkeiten. Die Individuen der einen sind unbeweglich, anderer wenig beweglich, wieder anderer lebhaft beweglich durch mehr oder weniger zahlreiche, peritrische Geißeln. Die einen bilden in Peptonlösungen Indol, andere nicht, die einen Proteinochrom, die anderen nicht. Sehr verschieden ist ihr Verhalten gegenüber den verschiedenen Zuckerarten. Die einen vermögen keine Zuckerart zu vergären, andere nur eine, wieder andere mehrere. Zum Teil erzeugen sie Säuren, zum Teil alkalische Produkte. Sie unterscheiden sich ferner durch ihr pathogenes Verhalten, die einen sind nur für eine bestimmte Spezies pathogen, zum Beispiel für den Menschen, für das Schwein, für die Maus, andere sind es für verschiedene Spezies. Die einen besitzen eine stark giftige Leibessubstanz, wieder andere scheiden giftige Stoffwechselprodukte ab, die zum Teil hitzebeständig, zum Teil dies nicht sind. Von besonderer Bedeutung für die Differenzierung ist der Umstand, daß sie durch hochwertige, durch Vorbehandlung von Tieren mit ihnen erzeugte Antikörper spezifisch beeinflußt, teils agglutiniert, teils aufgelöst werden im Pfeifferschen Versuch. Für die Unterscheidung der verschiedenen Arten eignen sich solche flüssige oder galleartige Nährsubstrate, die mit färbenden Stoffen versetzt sind, deren charakteristische Veränderungen die Einwirkung auf gewisse Komponenten des Substrates augenfällig erkennen lassen. Als Farbstoffe, die sich in besonders charakteristischer Weise verändern durch die Einwirkung bestimmter Arten haben sich bewährt Lakmus, Neutralrot, Malachitgrün und Orzein in 0·3 bis 0·5 Prozent Nähragar nach Oldecop (Buchholz).

Für die Differentialdiagnose haben sich mir zwei von mir zusammengesetzte Lösungen als besonders brauchbar erwiesen, die ich als Typhus- und Paratyphuslösungen bezeichnet habe.

Die Typhuslösung enthält 2 % Pepton, 1 % Nutrose, 1 % Traubenzucker, 5 % Milchzucker, 1·5 % Normalkalilauge.

Die Paratyphuslösung hat die gleiche Zusammensetzung, nur fehlt ihr der Traubenzucker. Beide Lösungen erhalten einen Zusatz von 1 *cm*³ einer 0·2 %igen Malachitgrünkristalle chemisch rein (Hoechst-) Lösung.

Mit Hilfe dieser Lösungen und der spezifischen hochwertigen Sera lassen sich verschiedene Unterfamilien aufstellen:

1. Typheae, vergären Typhuslösung nicht, sondern fällen sie typisch aus oder lassen sie unverändert;



vergären Paratyphuslösung nicht, lassen sie unverändert oder machen sie milchig trübe.

2. Josarceae (von ἰός, Gift und σάρξ, Fleisch), vergären Typhuslösung unter Schaumbildung, entfärben Paratyphuslösung.

3. Coleae, vergären beide Lösungen unter Schaumbildung.

Loeffler schlägt eine internationale Behandlung dieser systematischen Frage vor, um auf diese Weise eine größere Klarheit in die bisher sehr verwickelten Verhältnisse zu bringen. Der nachfolgende Redner, Lentz, beschäftigte sich vornehmlich mit der Schilderung der durch die Typhusbazillen hervorgerufenen krankhaften Erscheinungen in den einzelnen Organen. Die lymphatischen Organe der Darmschleimhaut werden vornehmlich durch die Endotoxine der Bazillen pathologisch verändert und verursachen die schweren Erkrankungsformen. Die verschiedensten Krankheitsbilder können durch Typhusbazillen hervorgerufen werden. Wichtig ist die Beobachtung, daß es Bazillenträger gibt, die im übrigen keinerlei Krankheitssymptome darbieten. Im zweiten Teile seines Vortrages sprach Lentz über die Paratyphen und deren diagnostische Verschiedenheit gegenüber dem Typhus. Der Paratyphus beginnt mit einem Schüttelfrost, ferner schwankt die Temperaturkurve hin und her, die nervösen Symptome sind weniger ausgesprochen, der Gesamtverlauf ist milder als beim Typhus. Im übrigen gehören beide Formen zu den septischen Erkrankungen. Von großer Bedeutung bezüglich der Verhütung der Verbreitung ist die Behandlung der Ausscheidungen, namentlich des Harns.

Sodann beschäftigte sich der Redner mit der Frage der Fleischvergiftung und der durch sie hervorgerufenen typhösen Erkrankungen und mit der infolge derselben gesetzten Immunisierung des Organismus. Bei den Untersuchungen hat sich herausgestellt, daß Typhus und Paratyphus nicht subsidiär für einander eintreten. Courlemont erörterte die hiebei in Frage kommenden speziellen französischen Verhältnisse. Die auf die Referate folgende Debatte, in die zunächst Chantemesse, Paris, eingriff, drehte sich vielfach um die Löfflersche Klassifikation der Bazillengruppe. Es ist indessen ganz unmöglich, die Debatte in allen ihren Wendungen zu verfolgen. So viel sei jedoch mitgeteilt, daß die Kliniker dahin neigten, Typhus und Paratyphus als diagnostische und therapeutische Selbständigkeiten sozusagen aufzufassen und demgemäß zu behandeln. Zur Entscheidung der Klassifikationsfrage beschloß die Sektion, eine Untersuchungskommission, bestehend aus den Vertretungen der Institute in Bukarest, in Berlin, Paris, Wien und Greifswald einzusetzen.

Zweiter Beratungsgegenstand der Vormittagssitzung war die Erörterung über die neueren Immunisierungsmethoden. Bordet vom Brüsseler Institut Pasteur schlug vor, vergleichende Untersuchungen nach einem gemeinsam aufgestellten Plan anzustellen, um das beste Verfahren zu ermitteln. Auch sollte das Bestreben dahin gehen, ein internationales, einheitlich geregeltes Verfahren zur Bekämpfung der Tuberkulose herbeizuführen. (Forts. folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über Polyzythämie. Von Prof. Dr. Richard Stern.

Man kennt gegenwärtig eine Reihe von Bedingungen, unter denen Polyzythämie öfters beobachtet wird:

1. Um relative Polyzythämie handelt es sich sicher bei der Eindickung des Blutes infolge von großen Wasserverlusten oder zu geringer Wasseraufnahme, z. B. nach sehr profusen Schweißen oder diarrhoischen Entleerungen, ferner bei hochgradigen Verengerungen der Speiseröhre oder des Pylorus, die zur Wasserverarmung des Körpers führen.

2. Die Polyzythämie bei verschiedenen Zuständen von Stauung, namentlich bei Behinderung des kleinen Kreislaufs. Am längsten bekannt bei Herzfehlern, besonders den kongenitalen Fehlern des rechten Herzens, wird Polyzythämie auch mitunter bei großen pleuritischen Exsudaten, bei Pneumothorax, bei ausgedehnter Pneumonie und schwerem Emphysem beobachtet. Von der peripheren Stauung ist ja längst bekannt, daß sie zu einem Austritt von Plasma aus den Kapillaren und dadurch zu einer Vermehrung der roten Blutkörperchen in der Raumeinheit führt. Bei langdauernder allgemeiner Stauung kommt vielleicht auch eine Mehrproduktion roter Blutkörperchen vor.

3. Bei der — übrigens inkonstanten — Vermehrung der roten Blutkörperchen, die sich bei manchen Vergiftungen (Kohlenoxyd, Phosphor, Azetanilid und anderen) und Infektionen (z. B. Trichinose, Influenza) findet, liegt wahrscheinlich teilweise nur eine relative Polyzythämie vor. Ob indes nicht gewisse Infektionen und Vergiftungen eine vermehrte Produktion von roten Blutkörperchen zur Folge haben, also zu einer absoluten Polyzythämie führen können, bedarf noch weiterer Untersuchung.

4. Auch die Vermehrung der roten Blutkörperchen im Hochgebirge ist wahrscheinlich zunächst nur eine relative; daneben kommt aber nach neueren Untersuchungen eine vermehrte Neubildung von Erythrozythen in Betracht.

5. Gegenüber diesen sekundären Polyzythämien, die in sicherer, freilich erst zum Teil näher geklärter Abhängigkeit von anderen Krankheitszuständen oder veränderten Lebensbedingungen stehen, ist man seit etwa 15 Jahren auf scheinbar primäre oder richtiger „kryptogenetische“ Fälle von Polyzythämie aufmerksam geworden. Zunächst waren es Fälle mit erheblicher Milzvergrößerung und „Cyanose“, welche die Aufmerksamkeit erregten. Derartige Fälle sind von Vaquez, Rendu und Widal, Moutard-Martin und Lefas, Mc. Keen, Saundby und Russel und anderen beschrieben worden. Osler sammelte im Jahre 1903 die ihm bekannt gewordenen Beobachtungen, denen er drei neue hinzufügte, und bezeichnete den Symptomenkomplex als „chronic cyanosis with Polycythaemia and enlarged spleen“. Bald darauf berichteten namentlich Türck und Weintraud über ähnliche Beobachtungen. Anfang 1907 fand Winter in der ihm zugänglichen Literatur bereits über 50 Fälle, und seitdem sind noch mehrere neue mitgeteilt.

Das auffälligste Symptom, das derartige Patienten zeigen, ist die rötlich oder rötlich-bläuliche Verfärbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Als man bei Patienten mit solchem Aussehen, aber ohne nachweisbare Milzschwellung Zählungen der roten Blutkörperchen vornahm, fand man auch bei ihnen häufig erhöhte Werte, wenn auch meist nicht so hohe wie bei einem Teil der von den genanten Autoren beschriebenen. Geisböck bezeichnete derartige Fälle, in denen gleichzeitig eine Blutdrucksteigerung vorhanden war, als Polycythaemia hypertonica, hebt aber mit Recht hervor, daß Polyzythämie auch keineswegs selten ohne Blutdrucksteigerung beobachtet wird. („Mediz. Klinik“ Nr. 2, 1908.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 29. Mai 1908.

Oskar Föderl demonstriert eine Phimosenoperation, bei welcher äußeres und inneres Blatt der Vorhaut in entgegengesetzter Richtung vom Präputialringe aus ovalär umschnitten wurden. Die gekreuzten Ebenen der Wundränder wurden in die Horizontale verschoben und zirkulär vernäht. Durch die Ovalärschnitte wird die Zirkumferenz des sich später formierenden Präputialringes vergrößert.

Ludwig Mandl und Alois Kreidl: Über experimentell erzeugte Verlängerung der Tragdauer bei Kaninchen. Bei trächtigen Kaninchen wurde ein Uterushorn entfernt und aus den anderen alle Embryonen bis auf einen entfernt. Bei den so operierten Tieren betrug die Tragzeit, die normalerweise 28 Tage beträgt, einige Tage mehr und auch das Junge war so entwickelt als ob es bereits



einige Zeit extrauterin gelebt hätte. Redner ist nun der Ansicht, daß vielleicht auch beim Menschen das Absterben eines Zwillinges eine Übertragung des zurückbleibenden eintreten könnte.

Ludwig Moszkowicz demonstriert die Technik und das Instrumentarium für aseptische Darmoperationen, über welche er schon einmal auf dem Chirurgenkongreß in Berlin berichtet hat. Seine Methode folgt den Angaben Rostowzew, Dorpat, im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 80, über eine aseptische Darmnaht, der die Mängel der bisher beschriebenen Methoden nicht mehr anhafteten. Doch bedurfte es noch einer weiteren Vervollkommnung der Operationstechnik und des Instrumentariums, ehe er es wagen konnte, in vivo zu operieren. Die Technik ist in kurzem folgende: Eine Quetschzange wird durch einen Schlitz im Mesenterium durchgezogen, über dem Darme zusammengezogen und hierauf durch Anziehen einer Schraube der Darm gequetscht. Die Quetschzange enthält in ihrem Innern zwei Paar dünner Stäbchen, deren Ende aus der Quetschzange herausragen. Indem diese Enden durch kleine Reifchen zusammengefaßt werden, verwandeln sich die Stäbchen in Darmklemmen einfachster Konstruktion. Diese bleiben liegen, wenn die Quetschzange abgenommen wird. Zwischen den Stäbchenklemmen wird der Darm mit dem Thermokauter durchgetrennt und an jedes Stäbchenpaar eine Haltezange gelegt, welche während der nun folgenden, nicht immer sanften Manipulationen bei der Entfernung der erkrankten Darmpartien ein Abgleiten der Stäbchen mit Sicherheit verhindert. Wenn nun die Anastomose zwischen den durch die Stäbchen verschlossenen Darmenden hergestellt werden soll, werden durch eine Haltezange von anderem Bau, welche vier Stäbchen zusammenfassen kann, die Darmenden aneinander fixiert und erst auf der einen, dann auf der anderen Seite über die Stäbchen hinweg seromuskuläre Nähte angelegt. Hierauf werden die Stäbchen entfernt und die kleinen Lücken an den Enden der Naht durch Knopfnähte geschlossen. Es folgt eine zweite Nahtreihe an der Serosa des Darmes, endlich wird die Kommunikation der Lumina hergestellt, indem durch Invagination mit dem Finger die Verklebung der Darmenden gelöst wird.

Julius Schnitzler kann irgendeinen wesentlichen Unterschied in der Methodik Moszkowicz' gegenüber der von Rostowzew erdachten nicht erkennen, wenn auch nicht zu bezweifeln ist, das das Instrumentarium in brauchbarere Form gebracht worden ist. Vor allem aber ist die Beantwortung der Frage wichtig, ob die Anwendung des Rostowzewschen Prinzipes wirklich, wie Moszkowicz annimmt, die Resultate der Magen- und Darmoperationen verbessern dürfte. Dies erscheine ihm durchaus unwahrscheinlich, da ja die Hauptgefahr bei Darmoperationen die Infektion infolge von Insuffizienz der Darmnaht bestehen bleibe. Wenn er also dieser Methode einen nennenswerten Vorteil nicht zuerkennen kann, so wäre noch die Frage zu erörtern, ob ihr keine Nachteile zukommen. Es könnte, da bei Rostowzews Nahtmethode die Schleimhaut nicht genäht wird, Blutungen eintreten, weiters können an der Nahtstelle, da eben die Mukosa nicht genäht ist, Narbenstrikturen leicht zustande kommen.

Moszkowicz bemerkt hiezu, daß eine Schleimhautnaht nicht ausgeführt wird, daß jedoch durch die Quetschung und noch besser durch Verkochung der Schleimhaut (Erhitzung der Stäbchen mit dem Thermokauter) die Gefäße ganz verläßlich geschlossen werden.

Hans Königstein: Vortrag über das Schicksal der Spermatozoen, die nicht zur Befruchtung gelangen. Ein Spermatozoon genügt zur Befruchtung eines Eies, die anderen gehen im Ejakulat zugrunde. Auch innerhalb der männlichen Samenwege gehen viele Spermatozoen zugrunde. Eosinophile Kugeln, die man in den Samenbläschen findet und die homogene Struktur zeigen, sprechen für die Entstehung aus Spermatozoen. Diese Kugeln sind am häufigsten während der Pubertät, nach dem 50. Jahre findet man sie nur selten. Was nun das Schicksal der Spermatozoen im weiblichen Genitaltrakt betrifft, so ergaben die Versuche des Redners — an Ratten ausgeführt — daß die Spermatozoen bei diesen Tieren direkt in den Uterus gelangen, wo sie durch einen in der Vagina aus dem Sekret der akzessorischen Drüsen des Männchens gebildeten Pfropf zurückgehalten werden. Nach 12—16 Stunden fließt das Sperma ab, da sich der Pfropf loslöst. In den Krypten und Zysten der Schleimhaut findet man zurückgebliebene Spermatozoen. Diese dringen dann in massenhaft einwandernden Leukozyten ein und werden daselbst zerstört. Dieses Zugrundegehen in den Leukozyten gibt vielleicht eine Erklärung für die Sterilität bei eiterigen Katarrhen der weiblichen Genitalien.

Eduard Waldstein kann im wesentlichen die Befunde K.s bestätigen, insoferne, als auch er kurze Zeit post coitum die Schleimhaut vielfach von Leukozyten durchwandert antraf, im Uterusepithel reichliche Vakuolenbildung konstatieren konnte. Besonderes Gewicht legt er aber auf das Eindringen der Spermatozoen in die feinsten und dünnsten Ausbuchtungen der Uterusschleimhaut. Auf diese Weise wird der an und für sich schwer verständliche Vorgang, daß das in die Vagina deponierte Sperma durch den engen Zervikanal in das Uteruslumen und von da wieder durch den Isthmus tubae in diese gelangt, verständlich.

Leopold Freund: Vortrag über elektrische Funkenbehandlung (Fulguration). Zur Fulguration werden Funkenschläge der Sekundärspirale des Oudinschen Apparates benützt. Ihre Wirkung ist mechanisch, thermisch, magnetisch, optisch und chemisch. Der Effekt bei der Behandlung besteht hauptsächlich in der mechanischen resp. thermischen Wirkung. Die Flächenwirkung ist ungleichmäßig, die Tiefenwirkung nur gering. Daher eignet sich die Fulguration hauptsächlich zur Behandlung oberflächlicher Affektionen. Redner schlägt vor, bei tiefer greifenden Prozessen zuerst operativ möglichst viel entfernen und dann die Wundfläche mit Fulguration zu behandeln. Doch könne an Stelle der Fulguration auch Röntgenbestrahlung treten.

Friedrich Necker glaubt, daß die Frage, was wir von der Fulguration zu erwarten haben, etwas zuversichtlicher beantwortet werden muß, als es Vorredner getan habe. Wegen der geringen Tiefenwirkung habe ja Keating-Hart die Kombination chirurgischer Eingriffe mit langdauernder, hochdosierter Funkenbestrahlung und die Verwendung der gekühlten, nicht kaustisch wirkenden Funken empfohlen. Der Vorschlags Freunds, die Wundflächen im unmittelbaren Anschlusse an die Operation mit Röntgenstrahlen zu behandeln, statt zu fulgurieren, ist nicht nachahmenswert, da die Radiotherapie in dieser Anwendungsart im strikten Gegensatze zur Fulguration die Wundheilungsverhältnisse verschlechtern und das aseptische Operationsverfahren ernstlich gefährden müßte. Auch möchte er daran erinnern, daß die vorgeschrittenen Fälle von Epitheliomen, über die er vor kurzem berichtet habe, ausnahmslos zuerst der Radiotherapie unterzogen und erst als diese erfolglos blieb, fulguriert wurden, wobei ein günstiger Erfolg nicht ausblieb.

Isak Robinsohn macht darauf aufmerksam, daß die Röntgenbestrahlung des offenen Operationsfeldes nach Exstirpation von malignen Neoplasmen und der kombinierten Behandlung des Lupus schon vor einigen Jahren von englischen und amerikanischen Radiologen (Karl Beck, New York) eingeführt und empfohlen wurde.

Freund glaubt nicht, daß die Möglichkeit, die Röntgenisierung aseptisch zu gestalten, geringer sein soll als bei der Fulguration. Daß die Röntgenbehandlung von Epitheliomen in Körperbuchten unwirksam ist, könne er nach seiner Erfahrung nicht bestätigen. *i. m*

Ophtalmologische Gesellschaft in Wien

Sitzung vom 18. Mai 1908.

1. Prof. S. Klein (Bäringer) stellt ein 8jähriges Mädchen mit beiderseitigem Anophthalmus congenitus vor, den ersten Fall dieser Art, den er in 38jähriger fachlicher Laufbahn sah, während ihm einseitiger angeborener Augenmangel drei- oder



viermal vorgekommen ist. Diese seine Erfahrung weicht von den Angaben in der Literatur ab, in welcher mit seltener Übereinstimmung fast aller Beobachter das doppelseitige Vorkommen als die Regel, das einseitige als die Ausnahme bezeichnet ist. Das vorgestellte Kind stammt von gesunden Eltern, welche vor ihrer Verheiratung miteinander blutsverwandt (Cousin und Cousine) waren und aus einer Familie, in welcher derlei Verwandtenehen mehrfach vorkamen. Es ist das vierte in der Reihe von fünf Konzeptionen, in welcher die ersten zwei gesund gebliebene, gut und ohne Defekt entwickelte Kinder sind, während an dritter und fünfter Stelle je ein Abortus war. Von Syphilis der Eltern oder der Großeltern ist nichts zu erfahren. So weit die klinische Untersuchung es möglich macht, ist es ein wirklicher Anophthalmus, d. h. man sieht keine Spur von einem Augapfel, die Augenhöhle ist wie nach Enukleation von glatter normaler Konjunktiva ausgekleidet, sie ist klein, wie geschrumpft, die Lider sind leidlich wohlgestaltet und beweglich.

Der Vortragende erwähnt hiebei eine Reminiszenz, einen Fall betreffend von doppelseitigem Augenmangel, den er vor etwa 30 Jahren sah, deswegen, weil es der erste Fall war, in welchem er eine beiderseits vollständig leere Augenhöhle sah, während der vorgestellte Fall der zweite dieser Art ist. Außer diesen beiden Fällen sah er niemals beide Augenhöhlen eines und desselben Individuums vollkommen leer, ohne Spur eines Bulbus, wie es eben nur nach Enucleatio bulbi zu sein pflegt. Das ist immerhin bei der großen Zahl von Enukleationen, welche jahraus jahrein gemacht wird, merkwürdig. Nur einmal war Redner nahe daran, es zu erleben, daß einem Kranken, welchem der rechtsseitige Augapfel als mutmaßliche Ursache sympathischer Erkrankung des linken bereits entfernt worden war, auch das andere (linke) Auge enukleiert werden sollte, und zwar wegen andauernder wahnsinniger Schmerzen dieses bereits unheilbar durch Netzhautablösung erblindeten Auges. Diese Schmerzen bewogen den Kranken zur flehentlichen Bitte um die Enukleation, und man war schon bereit, seiner Bitte zu willfahren, als nach kurzer Zögerung doch noch Beruhigung und allmählich gänzlicher Abschluß des schmerzhaften Prozesses eintrat. Und so blieb es auch in diesem Falle bei nur einer leeren Orbita. Die erwähnte Reminiszenz betrifft einen etwa 24jährigen Geisteskranken, welcher von religiösem Wahnsinn getrieben, in Anlehnung an das berühmte historische Vorbild der „Selbstkreuzigung des Roland“ und nach dem Bibelspruche: „Wenn dich dein Auge ärgert, so reiß' es aus“, sich seine beiden gesunden, sehenden Augen ausgerissen hatte und deswegen vom verstorbenen Psychiater Prof. Leidesdorf in der k. k. Gesellschaft der Ärzte vorgestellt wurde. Ist diese Sache an sich schon in höchstem Grade bemerkenswert und sicherlich von dramatischem Inhalte, so ist sie es auch deswegen, weil es schwer faßlich ist, wie der Patient diese Selbstverstümmelung zuwege brachte. Er erzählte, daß er mit Daumen und Zeigefinger seiner Hand an der bezüglichen Seite zwischen Augapfel und Orbitalwand sich begab, die Finger stark nach hinten, den Bulbus umgreifend, drückte und durch einen kräftigen Riß das Auge mit „Leichtigkeit“ herausbeförderte. Welche märchenhafte Willens- und Körperkraft mußte da aufgewendet werden und wie mußte die Sensibilität durch die Psychose herabgesetzt gewesen sein! Zu dieser Betrachtung gab der vorgestellte Fall dem Vortragenden Veranlassung.

2. S. Klein (Bäringer) stellt ferner einen etwa 23jährigen gesunden Mann vor mit einer Abnormität der Kornea, von der er eingestehen muß, nicht zu wissen, was sie sei, weil er derengleichen noch niemals sah. (Es zeigte sich, daß unter den anwesenden Fachgenossen keiner besser daran sei, da niemand, abgesehen von Vermutungen, zu sagen weiß, um was es sich handle.) Beiläufig im Zentrum der rechtsseitigen Kornea, fast die ganze Pupille verdeckend und nur einen schmalen schwarzen Streifen innen oben freilassend, sieht man einen rundlichen braunen Fleck, der sich außen unten bis nahe an den Kornearand erstreckt. Die Grenze an dieser Stelle geht in eine schmale zarte Trübung über, die bis zum Limbus reicht und innerhalb dieser Zone sind zwei zarte lineare Streifen sichtbar, die eine Verbindung zwischen Fleck und Kammerwinkel herzustellen scheinen. Der Fleck liegt anscheinend in den tiefsten Lagen der Hornhaut, wenigstens sieht man ihn nirgends in die Vorderkammer hineinragen und vor ihm liegt offenkundig eine recht dicke Schichte normalen durchsichtigen Hornhautgewebes. Die Oberfläche der Kornea ist allenthalben, auch im Bereiche des Fleckes, von normaler Glätte. Alles andere am Auge ist normal. Die Zeichnung innerhalb des Fleckes ist durch verschiedene Nuancierung der vorwaltend braunen Färbung eine bunte und gewinnt dadurch, aber auch nur dadurch allein, eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Irisgewebe. Man gewinnt auf den ersten Blick den Eindruck, als ob es ein Auswuchs der Iris wäre, indessen ist nirgends ein Zusammenhang zwischen Fleck und Iris zu finden. Die Bildung soll den Angaben des Kranken zufolge vor vier Jahren von selbst entstanden sein und sich fast gar nicht verändert haben. Ein Trauma wird mit aller Bestimmtheit ausgeschlossen. Den Angaben des Patienten kann übrigens nicht unbedingt Glauben geschenkt werden. Es ist wahrscheinlich, daß die Bildung, um die es sich handelt, seit jeher bei ihm besteht und also angeboren ist. Das Gebilde ist wahrscheinlich ein Naevus pigmentosus oder aber ein flächenartig sich entwickelndes Neugebilde, etwa ein Sarkom. Ob man nur zwischen diesen zwei Annahmen die Wahl hat oder ob es etwas drittes, unbekanntes ist, muß vorläufig wenigstens, dahingestellt bleiben. Das Sehvermögen ist auf Fingerzählen in zirka 2 *m* reduziert und steigt bei maximal dilatierter Pupille auf $V = {}^{6}/_{18}$. Durch diese kann man auch den Augengrund, der völlig normal ist, im umgekehrten Bilde deutlich sehen. Optische Iridektomie ist zur Besserung des Sehvermögens in Aussicht genommen. — Das linke Auge ist normal.

Dr. Meissner demonstriert einen Fall von episkleralem Abszeß, der durch Vereiterung eines episkleritischen Knotens entstanden ist.

3. Meissner berichtet anschließend weiter über einen metastatischen episkleralen Tumor bei einem 20jährigen Manne. Die Ursache der Erkrankung ist völlig unklar. Unter Schüttelfrost und Fieber entwickelte sich am rechten Auge ein ungefähr haselnußgroßer Tumor oben auf der Sklera, nahe beim Limbus beginnend und 1 *cm* nach oben reichend. Die Geschwulst erscheint gelblichweiß, ist nicht ganz scharf begrenzt, teigig weich. Es erfolgt spontaner Durchbruch und allmählicher Rückgang der Geschwulst. Die bakteriologische Untersuchung war negativ. Gleichzeitig mit dem Tumor am Auge entwickelten sich Tumoren an verschiedenen Körperstellen, besonders an den Gelenken. Anfangs lag Verdacht auf Gonorrhoismus vor; später wurde eine Schmierkur eingeleitet, ohne Erfolg. Es dürfte sich vielleicht um Tuberkulose handeln.

4. Prof. Königstein demonstriert ein patentiertes Augentropffläschchen mit doppeltem Boden, wodurch ein Fläschchen zwei verschiedene Flüssigkeiten enthalten kann, etwa oben Kokain, unten irgend ein Desinfiziens (z. B. Sublimatlösung).

5. Königstein berichtet ferner über eine schwere Blutung nach Operation eines Cholazeons, die mehrere Tage anhielt, wiewohl lokal und intern die verschiedensten Mittel zur Blutstillung verwendet wurden. Die Blutung stand erst still, als K. eine Klemmpinzette, den sogenannten Bulldogg, anlegte und durch 12 Stunden liegen ließ. Der Bulldogg wurde gut vertragen und verursachte keine Gangrän, wie man hätte befürchten können. Er hatte sich übrigens schon bei früheren Anlässen in gleichem Sinne und gleicher Art bewährt.

6. Dr. Tertsch demonstriert einen Fall mit schwerster Schädigung beider Augen durch Säureverätzung. Der Fall ist deshalb besonders bemerkenswert, weil es nach der Verätzung anfänglich den Anschein hatte, daß die Augen nicht in hohem Grade ergriffen seien. Erst nach einigen Tagen wurden die tiefgehenden, bis zu Phthisis bulbi führenden Veränderungen an beiden Augen sichtbar.



IV. Aus der Praxis.

Zur Frage der Entgiftung des Chloralhydrats. Von Prof. Dr. Ferdinand Blumenthal. (Med. Klinik 1908, Berlin Nr. 21.)

Es dürfte wohl auch heute noch kein chemischer Körper existieren, der in seiner schlafmachenden Wirkung zuverlässiger ist, als das Chloralhydrat und seine Derivate. Zudem hat das Chloral vor den meisten Schlafmitteln noch den Vorteil voraus, daß nach dem Erwachen jede Benommenheit des Kopfes, Müdigkeit oder sonstige Abspannungserscheinungen fehlen. Des weiteren haben neuere, mit vollkommeneren Apparaten, von Kienböck unter Leitung von Friedrich Müller, ausgeführte Blutdruckuntersuchungen nachgewiesen, daß die Furcht vor der Blutdruckerniedrigung stark übertrieben ist und Ewald betonte noch kürzlich bei einer Diskussion im Verein für innere Medizin zu Berlin, daß bei den in der Praxis üblichen Dosen von 1—2 *g* die Möglichkeit einer ungünstigen Einwirkung auf das Herz kaum zu befürchten ist. Immerhin wird das Chloral in seinen eminenten Vorzügen entsprechende Verwendung in der Praxis erst dann finden, wenn ihm seine toxischen Eigenschaften möglichst ganz genommen sind. Zielbewußte dahingehende Bestrebungen haben mit der Darstellung des „Eglatol“ anscheinend einen großen Erfolg der modernen Arzneiforschung aufzuweisen.

Eglatol ist eine dickflüssige, wasserhelle klare Flüssigkeit von aromatischem, an Menthol erinnernden Geruch. Der Wert des neuen Präparates ist darin zu suchen, daß es gelungen ist, die bekannte Verbindung Trichloraldehyd (Chloralhydrat) und Phenyldimethyloxychinicin (Antipyrin) der toxischen Wirkung auf das Herz zu entkleiden, und zwar durch die Einfügung des Menthylesters der Karbaminsäure und des Trimethylxanthins (Koffein). Der erstere ist dadurch charakterisiert, daß er infolge des Ersatzes der narkotisch wirkenden Äthylgruppe im Karbaminsäureäthyläther durch das Menthyl, unter gleichzeitiger allgemeiner Tonisierung, die dem Menthyl eigene, auf das Großhirn wirkende, sedative Kraft entwickelt.

Die therapeutischen Vorbedingungen für das Präparat sind also günstig; zahlreiche Versuche an Kaninchen, deren Details im Original nachzulesen sind, haben nun ergeben, daß bei subkutaner Anwendung die toxische Dosis für ein Kaninchen erst bei etwa 0·5 *g* erreicht wird, während die Kaninchen bereits bei etwa 0·15 *g* Chloralantipyrin zugrunde gingen. Ferner haben 1 *g* Eglatol subkutan eingespritzt, nicht die geringste Änderung der Herztätigkeit hervorgerufen; dieser Versuch besonders zeigt, daß mit der Darstellung des „Eglatol“ eine ganz erhebliche Entgiftung des Chlorals erzielt worden ist. Per os verabreicht, waren die Resultate ganz überraschend; ein Kaninchen, das 2·5 *g* bekam, schlief 7 Stunden und erwachte bei bestem Wohlbehagen. Rechnet man die Tierdosen auf den Menschen um, so dürfte wohl demnach die Verabreichung des Eglatol auch in gesteigerten Dosen, und bei wochenlanger Anwendung, keine Bedenken haben. Die Ergebnisse am Menschen — mehr als 40 Fälle — resumierte Blumenthal folgendermaßen; das Präparat wurde zunächst in Dosen von 0·5—1·0 pro dosi et die in Gelatinekapseln gegeben; es wurde in allen Fällen gut vertragen und es traten weder Übelkeit noch am nächsten Tage Gefühl von Schwere ein. In kleinen Dosen (0·5) ist Eglatol ein recht gutes Beruhigungsmittel, in größeren (1·0—1, 5—2·0) manchmal auch schon in kleineren ein Schlafmittel. Als letzteres versagte es gelegentlich nur bei sehr heftigen Schmerzen und großen Aufregungszuständen nach Operationen. Bei nervösen Zuständen leichter Erregbarkeit bei Herzkranken wirkte es recht gut und hinterließ nicht die geringste Benommenheit oder Abgeschlagenheit. Eglatol ist also in kleinen Dosen in erster Linie ein Sedativum und dadurch ein Schlafmittel. Da jede Nebenwirkung fehlt, ist auch der Versuch zu empfehlen, wie das Präparat in hohen Dosen (2—4 *g*) bei wirklichen Aufregungszuständen wirken würde; hiezu nötige Versuchsproben liefert das chemische Institut Dr. Horowitz, Berlin.

V. Notizen.

Wohlfahrtsverein für Hinterbliebene der Ärzte Niederösterreichs. Am 4. v. M. fand die IX. ordentliche Generalversammlung des Wohlfahrtsvereines für Hinterbliebene der Ärzte Niederösterreichs statt. Der Verein zählt gegenwärtig 8 Stifter, 20 Gründer, 24 unterstützende und 908 wirkliche Mitglieder. Der Reservefonds betrug am 31. Dezember 1907 K 25.462. An die Hinterbliebenen von 18 verstorbenen Mitgliedern wurden im Jahre 1907 K 31.916 ausbezahlt (im ganzen seit Bestand des Vereines K 136.063). Frau



Sophie Loew-Unger hat zur Erinnerung an ihren verstorbenen Gatten, Herrn Dr. Anton Loew, dem Vereine den Betrag von K 7000 zur Errichtung einer „Dr. Anton Loew-Stiftung“ gewidmet. In Anerkennung ihrer Verdienste für den Verein wurden der Obmann, Herr Dr. S. Tennenbaum, und Frau Sophie Loew-Unger zu Ehrenmitgliedern des Vereines ernannt. — Anmeldungen zur Aufnahme in den Verein sind an die Vereinskanzlei, Wien II., Asperngasse 5, zu richten.

IV. Internationaler Kongreß für Thalassotherapie in Abbazia 1908. Das Ehrenpräsidium des IV. Internationalen Kongresses für Thalassotherapie in Abbazia (28., 29. und 30. September d. J.) besteht aus: Sr. Exzellenz Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. E. v. Leyden, Berlin, Hofrat Dr. Winternitz, Wien, Professor Dr. Albert Robin, Paris, Sir Hermann Weber, London. Für Wien hat sich der Ausschuß des Zentralverbandes Österr. Balneologen als Komitee konstituiert, für Holland die „Neederlandsche Vereenigung vor Thalassotherapie“ im Haag mit Prof. Treub in Amsterdam an der Spitze. Das Pariser und Londoner Komitee wird demnächst gebildet werden. Die Vorträge, welche auf dem Kongresse gehalten werden, erstrecken sich auf die wichtigen Fragen der Anzeigen und Gegenanzeigen der Seebadekur bei der Behandlung von Fällen der Chlorose und Anämie, sowie bei der der Frauenkrankheiten, über die während einer Seebadekur notwendigen diätetischen und hygienischen Maßnahmen, ferner über die vergleichende Analyse des Wassers verschiedener Meere, über die in der Luft schwebenden Elemente dieses Meerwassers und deren therapeutischen Wert und endlich über die verschiedenen Meeresklimate und die Bedingungen ihrer Wirksamkeit.

Ausstellung in Karlsbad. Anläßlich des Regierungsjubiläums Sr. Majestät des Kaisers Franz Josef I., rüstet man sich auch in Karlsbad, dieses seltene Jubeljahr durch Abhaltung einer dem Anlasse würdigen, großangelegten Ausstellung feierlichst zu begehen. Es hat sich bereits aus den dortigen Kreisen ein Komitee gebildet, welches den 25. Juli bis 30. August die besagte Veranstaltung zugunsten unbemittelter Kurbedürftiger abhalten wird. Die Ausstellung führt den Titel „Erste internationale Ausstellung für Handel, Gewerbe und soziale Hygiene in Karlsbad“. Programmgemäß sollen den zahlreichen internationalen Badegästen nicht nur die derzeitigen Vorzüge und mustergültigen Einrichtungen der Stadt Karlsbad als Weltkurort veranschaulicht werden, sondern auch die der übrigen Badeorte und Nachkurstationen, Sanatorien im In- und Auslande, beziehungsweise auch die Methoden der unterschiedlichen Heil- und Spezialärzte usw. Dem Handel und Gewerbe wird ganz besonders Gelegenheit geboten sein, Produkte und Erzeugnisse, insoweit sie mit Hygiene und Wohlfahrt im Zusammenhange stehen, einem vornehmen und zugleich kaufkräftigen Publikum vorzuführen; auch die Erzeugnisse der arg bedrängten Hausindustrien des Erzgebirges sollen im Rahmen der Ausstellung Unterkunft finden. Das Komitee ist in konstanter Erweiterung begriffen und bemüht, alle offiziellen Kreise für die Mitwirkung zu gewinnen, um der mit der Abhaltung dieser Veranstaltung in Verbindung gebrachten Kaiserhuldigung den Charakter einer allgemeinen, imposanten Kundgebung zu verleihen. Die Ausstellung wird auf einem landschaftlich reizvoll gelegenen Platze, unweit des Zentralbahnhofes, in einem neu errichteten Ausstellungsgebäude mit einem gedeckten Belegraume von ungefähr 3000 m^2 und einer ungedeckten Fläche in gleichem Ausmaße abgehalten. Das gesamte Ausstellungsgebäude wird daher über 6000 m^2 umfassen. Die Baulichkeiten werden nicht nur zweckentsprechend, sondern auch in architektonisch gediegener Ausstattung ausgeführt. Durch Zubauten wie durch Ausgestaltung und Adaptierung weiterer Objekte und Räume, können Belegflächen im jeweilig nötigen Ausmaße geschaffen werden. Während der Tagung der Ausstellung ist die Abhaltung großer Wohltätigkeitsfestivitäten historischen und sportlichen Charakters geplant, die mit 18. August, der Geburtsfeier Sr. Majestät Kaiser Franz Josef I. ihren Kulminationspunkt erreichen sollen. Die Pläne sind bis in das kleinste Detail fertiggestellt und wird mit dem Bau schon in der allernächsten Zeit begonnen, um diesen rechtzeitig zu vollenden. Die Veranstaltung erfreut sich der tatkräftigsten Förderung seitens der hohen Regierung, der Landesbehörden und der k. k. Bezirkshauptmannschaft in Karlsbad. Die Eisenbahndirektorenkonferenz hat die seitens des Ministeriums für Ausstellung konzedierten Frachtbegünstigungen, den frachtfreien Rücktransport für Ausstellungsgüter sowie die Zollfreiheit für dieselben bewilligt. Die Vorbedingungen zum Gelingen der Ausstellung sind somit gegeben und dürfte die Ausstellung nicht nur die gestellten Erwartungen vollkommen erfüllen, sondern auch bald den Sammelpunkt der vornehmsten Karlsbader Gesellschaft bilden, der, mit einem Reiseführer versehen, eine bleibende Erinnerung an Karlsbad und an die Ausstellung in sich schließt. — Zur Erleichterung für kommerzielle Interessenten wurde eine Geschäftsstelle in Wien VI., Stumpergasse 47 (Generalsekretariat) eingerichtet, wohin alle diesbezüglichen Zuschriften, Anfragen und Anmeldungen zu richten sind.

VI. Eingesendet.

An die P. T. Organisationsleitungen.

Der Präsident des Reichsverbandes österr. Ärzteorganisationen, Herr Dr. Friedrich Janeczek, ist mitten aus seiner ärztlich-sozialen Tätigkeit von einem grausamen Geschicke allzufrüh dahingerafft worden. Als ersten Vizepräsidenten der Organisation obliegt mir die einstweilige Leitung der Geschäfte bis zur Neuwahl eines Präsidenten. Ich werde alle Angelegenheiten im Einvernehmen mit dem zweiten Vizepräsidenten, Herrn Dr. Skorscheban, besorgen und bitte alle den Reichsverband betreffenden Zuschriften bis auf weiteres an meine Anschrift gelangen zu lassen.

Wien, am 20. Mai 1908.

Mit kollegialem Gruß

Dr. Adolf Gruß, dzt. erster Vizepräsident, Wien IV/1, Große Neugasse Nr. 1.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 26. Wien, 27. Juni 1908. Nr. 26.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Ernährung der Herzkranken in den Bädern.

Von **Dr. Max Hirsch**, Kudowa.

(Fortsetzung.)

Mit Recht weist Romberg darauf hin, daß man namentlich älteren, etwas angegriffenen Patienten regelmäßig zum Mittag- und Abendessen ein bis zwei Glas Wein verordnen solle, der dann nicht die Rolle eines Genußmittels, sondern eines Analeptikums übernimmt. Ruft Wein ein Hitzegefühl hervor, dann soll man ihn mit Wasser verdünnen. Konzentrierte Alkoholika, wie Kognak, scharfe Liköre usw. sind bei Herzkranken lieber zu vermeiden, wie wir ja auch die schweren Weine ihres hohen Alkoholes wegen weglassen, da sie doch immerhin eine Erregung des Nervensystems zur Folge haben, welche wir bei Herzkranken lieber verhüten. Mineralwässer oder sonstige kohlensäurehaltige Getränke als Ersatz für Alkohol zu verordnen, was man bei Herzkranken nicht zu selten hört, kann oft einen schweren Mißgriff bedeuten, da die Kohlensäure, worauf besonders v. Leyden hinweist, den Magen aufbläht und es keiner erheblichen Magenaufblähung bedarf, um schon auf das Herz zu drücken und es stark zu belästigen. Jede Überfüllung des Magens, auch durch Übermaß an Speisen, bedrängt das Herz, so daß Ad. Schmidt mit seiner Behauptung Recht hat: „Oft genug kommt ein Patient als Herzkranker in die Sprechstunde des Arztes, die er dann als Magenkranker verläßt", d. h. daß er Beschwerden von seiten des Herzens hat, während der Magen das kranke Organ ist. Dieselbe Belästigung des Herzens ruft übermäßige Gasbildung im Magendarmkanale infolge von blähenden Speisen hervor oder auch Verstopfung, wobei der Darmkanal durch Kotmassen übermäßig gefüllt ist. Regelung des Stuhlganges ist eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes in der Behandlung von Herzkranken, einmal aus dem eben erwähnten Grunde, dann auch, weil bei hartnäckiger Verstopfung der Druck der Bauchpresse, die besonders angestrengt werden muß, um den Darm zu entleeren, dem Herzen eine besonders starke Arbeit aufbürdet, bei manchen Kranken sogar eine Lebensgefahr bedeutet, wie wir später sehen werden. Dann ladet aber auch der schwankende Druck in den Bauchvenen vor und nach einer zu ausgiebigen Stuhlentleerung dem Herzen eine überflüssige Arbeit auf (Broadbent), und jede überflüssige Arbeit soll ja dem Herzen erspart bleiben. Empfiehlt doch schon einer der scharfsinnigsten Forscher auf dem Gebiete der Herzkrankheiten, Senac, im 18. Jahrhundert, also in einer Zeit, in der man weder Perkussion noch Auskultation kannte, „Strenge Regelung der Diät im Essen und Trinken" und „Stete Sorge für offenen Leib". Daß auch die toxischen Bestandteile, die sich bei Stagnationen des Kotes im Darme entwickeln, das Herz schwächen, dürfte wohl außer Zweifel gestellt werden. Wir brauchen wohl nicht erst zu betonen, daß der Stuhlgang am besten durch den Genuß von Bitterwässern und durch diätetische Maßnahmen geregelt wird, denen die physikalischen Heilmethoden, wie Massage, Zirkeldusche usw. sich anschließen.

Zugleich mit dem Alkoholverbote hören wir gewöhnlich die Gefahr von Kaffee und Tee für Herzkranke hervorheben und sie von der Liste der Genußmittel streichen. Es steht fest, daß Kaffee und Tee durch das in ihnen enthaltene Koffein die Nerven des Herzens aufregen und Herzkranke leichter alterieren als gesunde Menschen. Besteht eine gewisse Neigung zu Schwächezuständen, namentlich bei alten herzkranken Leuten, bei denen wir auch eine regelmäßige Dosis Alkohol vorschreiben, dann ist Kaffee ein angenehmes Analaptikum. Ich habe in diesem Sommer Gelegenheit gehabt, eine 76 Jahre alte Dame mit kompensiertem Herzfehler zu beobachten, die sich nur nach dem Genusse von starkem Kaffee wohl fühlte. Das ist einer von den Fällen, bei denen man bei dem Eintritte einer größeren Schwäche eben Koffeineinspritzungen mit gutem Erfolge gemacht hätte. Aber andererseits ist es an der Tagesordnung, zu sehen, daß Herzkranke Kaffee nicht vertragen. In diesen Fällen gibt es zwei Auswege, entweder den Kaffee gänzlich zu verbieten oder nur einen dünnen Aufguß zu gestatten. Wie oft stoßen wir jedoch bei diesen Verordungen auf Schwierigkeiten bei den Patienten, im ersteren Falle gewöhnlich bei den Damen, denen es im allgemeinen gleich ist, ob der Kaffee stark oder schwach ist, wenn es nur eben Kaffee ist, den sie trinken, im letzteren mehr bei den Herren, die nur einen kräftigen Kaffee lieben. Es ist schon ratsamer, Kaffeesurrogate zu empfehlen, wie Malzkaffee, Gerstenkaffee, die aber alle den Nachteil haben, das Kaffeearoma zu entbehren. Es hat sich gezeigt, daß nicht der Gehalt an Koffein den Kaffee gut oder schlecht erscheinen läßt, sondern aro-



matische Substanzen, die beim Rösten entstehen, während es das Koffein ist, welches auf das Herz die bekannten Kaffeewirkungen ausübt, wie namentlich Wilhelm in seiner schönen Dissertation bewiesen hat. In jüngster Zeit ist es der Bremer Kaffee-Handelsgesellschaft, wie es scheint, unter größerer Mühe, als man schlechthin annehmen sollte, gelungen, das Koffein aus den gewöhnlichen rohen Kaffeebohnen zu extrahieren und so einen koffeinfreien Kaffee herzustellen, der durch seinen Gehalt an den Aromatizis des Kaffees sich den Kaffeegesckmack erhalten hat, aber die Schädlichkeiten des gewöhnlichen Kaffees auf das Herz, weil doch das Koffein fehlt, nicht zeigt. Da die Kosten der Extration des Koffeins durch die Gewinnung dieser wertvollen Droge als Abfallprodukt gedeckt werden, ist der koffeinfreie Kaffee nicht teurer als der gewöhnliche. Mir scheint, daß dieser koffeinfreie Kaffee dazu berufen ist, in der Reihe der Genußmittel bei Herzkranken an die erste Stelle zu treten.

Nachdem wir so die schädlichen, bezw. die angeblich schädlichen Nahrungs- und Genußmittel besprochen haben, wenden wir uns nun der Frage zu, wie wir den Herzkranken, der eine Kompensation seines Herzfehlers zeigt, ernähren wollen. Wir haben dabei zu berücksichtigen, daß die Nahrung in richtiger Menge und Form dem Körper einverleibt werden soll. Eine Unterernährung wird den schon durch die Krankheit an sich geschwächten Körper schnell zugrunde richten; aber auch eine Überernährung wird schädlich sein, weil die Verabreichung übermäßiger Nahrung und ihre Verarbeitung dem Herzen unnütze Arbeit auflastet. Aber hauptsächlich wird die Überernährung den Nachteil mit sich bringen, daß sich übermäßige Fettmassen am Herzen ablagern und das Mastfettherz entsteht, welches auch ein funktionsuntüchtiges Herz bedeutet. (Fortsetzung folgt.)

Die Bedeutung der modernen Syphilisforschung für die Bekämpfung der Syphilis.

(Fortsetzung.)

Verfolgt man nun die Patienten einzeln, so sieht man, daß Patienten, die nichts von ihrer Lues wissen und ohne Symptome sind, im allgemeinen natürlich nicht zu uns kommen. Wir haben also keinen rechten Vergleich zwischen behandelten und unbehandelten latenten Fällen. Aber es zeigen sich doch schon hier und noch viel deutlicher bei der Spätlatenzperiode Differenzen zwischen den behandelten und den unbehandelten oder ungenügend behandelten Fällen. Wir haben nämlich Fälle untersucht, in denen der Mann z. B. eine Syphilis, die Frau gar keine manifesten Erscheinungen hatte, wo also kein Anhaltspunkt für Lues vorgelegen hat, wo deswegen keine Therapie erfolgt, und diese Fälle waren positiv. Ich habe aus solchen Beobachtungen seinerzeit geschlossen, das ein Einfluß der Therapie vorliegt, und ich werde später mit einigen Worten darauf noch zurückkommen müssen, wenn ich über die Behandlung der Syphilis spreche.

Drittens sehen wir, daß, wenn die Spätperiode mit Symptomen kommt, wiederum der Prozentsatz ansteigt. Sind darunter auch Fälle, die schon in der Frühlatenz negativ geworden waren? Diese Frage ist zurzeit noch nicht zu entscheiden. Wir wissen nur, daß ganz entsprechend unserer Ansicht, daß die Serumreaktion der Indikator einer aktiven Syphilis darstellt, in dem tertiären manifesten Stadium die positive Reaktion die Regel ist. Dann kommt aber eine Periode, in der die Reaktion rapide heruntergeht: 43% negativ, und nach einer anderen Statistik, die ich habe, sogar 50% negativ. Also in dieser Periode muß etwas Neues eingetreten sein, und wiederum gibt die Antwort hierauf die klinische Beobachtung und die experimentelle Forschung. Wenn wir syphilitische Affen — diese Versuche sind von Uhlenhuth, Hoffmann und Weidanz, sowie von Neisser gemacht worden — mit einem spezifischen Mittel, wie z. B. dem Atoxyl, behandeln, so kann man zu einer gewissen Zeit, die etwa der Spätlatenzzeit der Menschen entspricht, Affen neu infizieren. Wenn man diese Affen nicht mit Atoxyl spritzt, sondern sich selbst überläßt, so tritt auch die Spätlatenz ein. Diese Affen können aber ein zweitesmal nicht mehr infiziert werden. Wir sehen also dasselbe Phänomen, das wir beim Primäraffekt kennen gelernt haben, auch hier. Es werden wahrscheinlich die unbehandelten Fälle, bei denen die Reinfektion unmöglich ist, positiv reagieren, während bei den behandelten Fälle eine negative Reaktion sich finden dürfte.

Als Ergänzung kommt noch eine klinische Beobachtung hinzu, nämlich die Beobachtung, daß in dieser Periode der Syphilis auch gelegentlich spontane Reinfektionen vorkommen. Auch diese Reinfektionen — wohl gemerkt mit Bildung eines Primäraffektes — können wir nur so deuten, daß zu diesem Zeitpunkt eine negative Reaktion schon eingetreten ist, und wir sehen, daß tatsächlich in 43—50% der Fälle diese negative Reaktion eintritt. Die negative Reaktion ist als Latenz resp. als Heilung anzusehen. Nun sind mir von einer Reihe von Autoren Vorwürfe gemacht worden. Man hat gesagt, ich bezeichne diese 43% der Fälle als geheilt. Das habe ich nie gesagt. Ich habe nur umgekehrt gesagt: Niemand kann als geheilt gelten, der nicht auch eine negative Reaktion hat. Diese Heilung ist nicht identisch mit dem, was wir klinisch Heilung nennen. Blaschko hat in seinem Vortrage in der vorigen Sitzung darauf hingewiesen, daß er glückliche Familienväter kennt, die seit Jahren frei von Syphilis sind, und die doch eine positive Reaktion bei unseren Untersuchungen gegeben haben. Allein ich kann das auch nicht als einen Gegenbeweis gegen das von mir Gesagte auffassen, denn wir wissen, daß auch die tertiäre Syphilis bei manifesten Symptomen in den meisten Fällen nicht mehr infektiös ist.

Wir wissen das so gut, daß ja sogar berühmte Dermatologen lange Zeit den Standpunkt vertreten haben, daß überhaupt keine Infektiosität im tertiären Stadium mehr besteht. Nun, die Tierexperimente bei Affen haben diese Frage unzweideutig in dem Sinne entschieden, daß de facto die Prozesse noch infektiös sind. Aber die Infektiosität ist gering. Noch vielmehr wird dies natürlich von den syphilitischen Prozessen dieser Periode gelten, die in inneren Organen vorliegen. Es ist schwer verständlich, wie ein Mesaortitis syphilitica z. B. infektiös wirken soll. Trotzdem ist ein solcher Mensch nicht als geheilt anzusehen, sondern ist sicher noch syphilitisch, wenn ich eine positive Reaktion finde. Und damit stehen auch die Daten in Einklang, die Herr Blaschke in seiner Lebenversicherungsstatistik angeführt hat. Sie beweisen, daß ein großer Prozentsatz der Leute, welche einmal Syphilis gehabt haben — nach der Statistik des Herrn Blaschko waren es 1/3 aller Fälle — an Syphilis später zugrunde gingen. Nun, ob das 1/3 ist, oder, wie in dieser Statistik, die Hälfte, das sind ja nur kleine statistische Unterschiede, denn wir müssen berücksichtigen, daß die Methoden der pathologischen Anatomie zur Erkennung der Syphilis in vielen Fällen unzureichend sind, besonders waren sie zu der Zeit noch, in der diese Statistik aufgenommen ist, nicht so fein, um feinste syphilitische Veränderungen oder einzelne Spirochäten z. B. im Knochenmark oder ähnlichen Organen festzustellen.

Wenn wir aus diesen Ergebnissen, die ich bei der mir zur Verfügung stehenden Zeit vielfach nur andeutungsweise Ihnen geschildert habe, nun Schlüsse auf die Therapie und auf die Bekämpfung der Syphilis ziehen wollen — und das wäre schließlich das wichtigste, denn die Diagnose soll ja schließlich zur Heilung und die Heilung des Einzelnen zur Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche führen —, so müssen wir, glaube ich, folgendes sagen. Eine endgültige Entscheidung läßt sich heute natürlich noch durchaus nicht fällen. Wir müssen diesbezüglich erst systematische Studien machen, die uns im einzelnen Aufschluß über den Wert der Therapie und Prophylaxe geben können. Der Gedankengang, nach dem die Untersuchungen auszuführen sind, läßt sich jedoch heute schon in folgender Weise andeuten: Bei den Primäraffekten wird man in Zukunft folgende Methode als Untersuchung anwenden müssen. Man wird sich nicht mit der klinischen Untersuchung allein begnügen können, sondern man wird



zunächst sehen, ob Spirochäten da sind und wie die Serumreaktion ist.

1. Findet sich ein positiver Spirochätenbefund und eine positive Reaktion, so ist es sehr fraglich, ob ein Anlaß vorliegt, zu warten, bis ein Exanthem vorhanden ist, wie wir es bisher unter dem Zwange unserer unsicheren Diagnostik tun mußten, sondern wir haben sofort die Indikation zu einer Therapie.

2. Haben wir einen negativen Spirochätenbefund und eine positive Reaktion, so haben wir wiederum keinen Anlaß mehr, mit der allgemeinen Therapie zu warten, sondern können auch auf Grund des positiven Serumbefundes allein die Kur beginnen.

3. Haben wir positiven Spirochätenbefund und negative Reaktion, so dürfte dies die Indikation für einen lokalen Eingriff abgeben. Welche Methode hier gewählt wird, das muß den Herren Syphilidologen überlassen bleiben, selbst zu entscheiden. Es ist nur wichtig, daß in diesen Fällen ein Eingriff erfolgt, und, wie ich hinzufügen möchte, es muß gleichzeitig auch eine Allgemeinbehandlung statthaben. Denn es könnte sehr wohl doch schon sein, daß einzelne Spirochäten weiter vorgedrungen sind, daß sie in den benachbarten Drüsen vielleicht schon vorhanden sind, daß die Serumreaktion jedoch noch nicht eingetreten ist, und wir haben dann die Möglichkeit, durch diese kombinierte Behandlung einen abortiven Verlauf der Syphilis zu erzielen.

4. Endlich kommen die Fälle, die negativen Spirochätenbefund und negative Serumreaktion zeigen. Nun, in diesen Fällen würde ich auf das bloße klinische Bild hin keine Therapie empfehlen, sondern würde anraten, noch weiter zu warten und Serumreaktion nach einer gewissen Zeit, vielleicht nach vier Wochen oder nach zwei Monaten, zu wiederholen, es sei denn, daß inzwischen spezifische Erscheinungen aufgetreten sind.

Was nun die weitere Behandlung der Syphilis unter dem Gesichtspunkte der serologischen Forschung angeht, so hat sie, glaube ich folgende Ziele. Wir haben bisher bei der Syphilistherapie im wesentlichen zwei Methoden angewendet. Die einen behandelten stets dann, wenn Symptome vorhanden waren, die anderen hatten ein Schema F, die Neisser-Fourniersche Behandlung, die chronisch-intermittierende Behandlung. Die Serologie legt nun nahe, an Stelle der chronisch-intermittierenden Behandlung die chronisch-intermittierende Untersuchung zu setzen, das heißt es muß in gewissen Intervallen, in der Zeit ungefähr, in der wir jetzt eine neue Behandlung empfohlen haben, eine Untersuchung des Serums erfolgen, und besteht Rezidivfreiheit, aber noch ein positiver Serumbefund, so könnte das in der Tat die Indikation für eine neue Behandlung abgeben. Diese neue Form der Therapie wird nun nicht, wie ich vielfach habe befürchten hören, eine Vermehrung der spezifischen Therapie bedeuten. Im Gegenteil, eine große Anzahl der Fälle wird schon nach der ersten, nach der zweiten Schmierkur negativ, und dann hat es keinen Sinn, wie es bisher geschah, vier Jahre lang ganz schematisch weiterzubehandeln. Dagegen werden wir noch längere Zeit die intermittierende Untersuchung fortsetzen, da wir nicht wissen, ob eine negative Reaktion im Einzelfalle Latenz oder Heilung anzeigt. Andererseits wird es jedoch Fälle geben, die noch nach vielen Jahren positive Reaktion geben, weil eben ihre Lues immer noch aktiv vorhanden ist, und da werden wir länger als bisher spezifisch behandeln müssen.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Ärzte und Ärztekammer. — Reform der Unfall- und Krankenversicherung.

Wir sind in der vorangehenden Wochenschau davon ausgegangen, daß trotz eines kompromittierenden Kompromisses dessen Rechtfertigung äußere Erfolge bilden sollten, eben diese ausgeblieben sind. Wir wollen aber jetzt die Frage aufwerfen: Wäre ein Sieg vor dem Verwaltungsgerichtshofe wirklich ein Erfolg gewesen?

Vielleicht ein Erfolg für die Ärztekammer, aber nicht für die Ärzte. Die Ärztekammer faßt die sozialärztliche Frage am verkehrten Ende an.

Der ärztliche Stand leidet, das ist richtig; aber auch, und noch mehr leiden die Ärzte. Und zuerst muß man den Ärzten helfen; damit ist auch dem Stande geholfen.

Ähnlich wie bei dem industriellen Proletariate — und wenn die Dinge im Parlamente, siehe Zahnärzte und Zahntechnikerfrage, so weiter gehen, wird unser ganzer Stand proletarisiert — eine industrielle Reservearmee vorhanden ist, die auf den Ruf des Unternehmers stets bereit ist, einzuspringen und den Lohn zu drücken, hat sich durch die Ungunst der Verhältnisse auch eine ärztliche Reservearmee gebildet, die vor dem Dilemma steht, entweder zu verhungern oder dem Stande zu schaden. Das sollten die Kollegen wissen, die im Gefühle ihrer mehrfach beamteten oder durch Kassenstellen gestärkten Würde auf den hohen kurulischen Stühlen sitzen. Wenn man mit der herrschenden Partei auf Du steht, oder nur anzuklopfen braucht, um in der Provinz irgend einen mit fixen Bezügen dotierten Posten zu bekommen, dann verliert man eben das Verständnis für die Kollegen, denen diese Türen verschlossen sind und die einen harten Kampf ums Dasein führen; und dann bringt man den traurigen Mut auf, ihnen die wenigen Türen, die noch offen stehen, einfach vor der Nase zuzuschlagen.

Im volkswirtschaftlichen Ausschusse referierte Abg. Eduard v. Stransky über die Regierungsvorlage, betreffend die Ergänzung der Gesetze über die Unfallversicherung und Krankenversicherung der Arbeiter. Er legt dar, daß es deshalb so außerordentlich dringlich sei, die in diesem Gesetzentwurfe in Aussicht genommene Reform durchzuführen, weil der Lohnlistenzwang und eine Bestimmung über die Verjährung der Versicherungsbeiträge für die praktische Durchführung der Unfallversicherung unumgänglich erforderlich sei. Die anderen bezüglich der Unfall- und Krankenversicherung laut gewordenen zahlreichen Beschwerden unter einem zur Lösung zu bringen, sei deshalb untunlich, weil eine durchgreifende Reform der Arbeiterversicherung nur gleichzeitig mit der Alters- und Invalidenversicherung vorgenommen werden könne. Da aber bis zur Gesetzwerdung der Alters- und Invalidenversicherung jedenfalls noch ein längerer Zeitraum verstreichen werde, erscheine es zweckmäßig, schon jetzt diese Teilreform durchzuführen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhange mit der Altersversicherung stehe.

Minister des Innern Freiherr v. Bienerth führt aus, daß die wichtigste Reform, welche die gegenwärtige Vorlage anstrebt, die Einführung des gesetzlichen Lohnlistenzwanges in der Unfallversicherung ist. In den dringlichsten Belangen abzuhelfen, ohne der geplanten Reform vorzugreifen, ist Zweck und Absicht der gegenwärtigen Regierungsvorlage; dies charakterisiert das angestrebte Gesetz als eine Notverfügung. Die Vorlage stellt die Verpflichtung zur Führung von Lohnaufschreibungen lediglich in allgemeinen Umrissen fest und überläßt die Detailregelung der Verordnungsgewalt. Es ist selbstverständlich, daß bei dieser Regelung auf die faktischen Verhältnisse und Bedürfnisse der Betriebsunternehmer entsprechend Bedacht genommen werden wird. Es soll daher den berufenen Vertretungen dieser Interessentenkreise, den Handels- und Gewerbekammern und den Fachbeiräten der Regierung, rechtzeitig die Gelegenheit zur Äußerung ihrer Wünsche geboten werden. Bei diesem Vorgange erscheint wohl ausreichende Garantie dafür geboten, daß der Lohnlistenzwang von den Unternehmern nicht als Schikane, sondern als eine Maßnahme empfunden werden wird, welche auch im Interesse der Verordnung in der eigenen Geschäftsführung geboten ist. Die im Entwurfe der Verordnungsgewalt vorbehaltene Bestimmung der Aufbewahrungsorte der Lohnlisten zielt vornehmlich auf Betriebe mit wechselnden Betriebsstätten ab.

Die Einbeziehung der land- und forstwirtschaftlichen Betriebe in den Lohnlistenzwang ist in der Praxis undurchführbar, wurde daher von vorneherein ausgeschlossen.



Berechtigten Interessen der beitragspflichtigen Unternehmer sollen die Bestimmungen des Entwurfes über die Verjährung der Versicherungsbeiträge Rechnung tragen. Eine weitere Materie, deren Regelung der Entwurf bezweckt, betrifft die Einhebung von Verzugszinsen für rückständige Versicherungsbeiträge.

Das Bedürfnis nach gesetzlicher Regelung dieser Materie hat sich im Laufe der Zeit immer dringlicher erwiesen im Interesse der durch Beitragssäumnisse vielfach geschädigten Versicherungskassen und damit aller jener Beitragspflichtigen, welche dieser Pflicht fristgemäß nachkommen.

Ich glaube hienach, dem Ausschusse die Annahme des Gesetzentwurfes wärmstens empfehlen zu sollen.

Nach einer längeren Debatte, an der sich die Abgeordneten Dr. Licht, Bauchinger, Reumann, Dr. Ofner und Sektionschef Dr. Ritter v. Wolf beteiligten, wurden die §§ 1 und 2 (Lohnlistenzwang) mit mehreren vom Referenten beantragten Abänderungen angenommen.

Internationaler Laryngo-Rhinologenkongreß.

Wien 20.—25. April 1908.

(Fortsetzung.)

Über die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Rhino-Laryngologie sprach H. Burger, Amsterdam.

Für die Erforschung der Stimme, der Sprache und des Gesanges hat die Röntgenuntersuchuug den großen Vorzug, daß die natürliche Lage und Bewegung aller in Betracht kommenden Teile in keiner Weise alteriert werden. Wenn auch die Momentaufnahme und die Kinematographie für das röntgenologische Studium der Sprache, des Gesanges und des Schluckens noch nicht anwendbar sind, so ist es dennoch bereits in dankenswerter Weise gelungen, einzelne Phasen dieser physiologischen Akte auf die photographische Platte zu fixieren, und zwar sowohl mit Bezug auf Zunge und Gaumen als auf die verschiedenen Kehlkopfknorpel, auch in deren gegenseitigem Lageverhältnis. In klinischer Hinsicht waren es an allererster Stelle die Fremdkörper, zu deren Aufsuchung und Ortsbestimmung die neuerfundenen Strahlen herangezogen wurden. Ließen auch unsere so sehr ausgebildeten Spiegelmethoden zusammen mit der Fingeruntersuchung für unsere Disziplin eine neue Methode als überflüssig erscheinen, den Tatsachen gegenüber wird diese aprioristische Meinung hinfällig. Mit Bezug auf Schußverletzungen finden sich in der Literatur eine Anzahl Mitteilungen von Projektilen im Kopf und im Halse, deren genaue Diagnostik erst mit Hilfe der Röntgenstrahlen gelungen ist. Von sonstigen Fremdkörpern gibt es Mitteilungen, die sich auf die Kieferhöhle, auf die Nase selbst, auf den Nasenrachenraum, auf Pharynx und Larynx beziehen, kasuistische Fälle, in denen die alten Methoden im Stich gelassen, die Röntgen-Oskopie aber zum Ziel geführt hat. Dies mag der Fall sein, wenn der Fremdkörper durch sekundär entzündliche Schwellung verdeckt wird und namentlich bei kleinen Kindern, wo die Spiegelung nicht gelingt.

Überaus nützlich erweist sich die neue Methode den Fremdkörpern der Speiseröhre, der Trachea und der Bronchien gegenüber. Voraussetzung ist, daß der Fremdkörper für Röntgenstrahlen weniger durchlässig ist, als die umliegenden Körperteile. Dies gilt an erster Stelle für die sehr frequenten metallischen Fremdkörper; aber auch Gegenstände, für die von vornherein die Methode als unwirksam gehalten werden mußte, sind in manchen Fällen mit derselben nachgewiesen worden. Von Fremdkörpern der Speiseröhre finden sich in der Literatur 81 Fälle von Münzen und 25 von sonstigen metallischen Körpern, die mittels Röntgenstrahlen gesehen wurden, während in keinem derartigen Falle die Methode versagte; von Gebißstücken wurden 23 richtig erkannt, 7 dagegen nicht; von Knochenfragmenten 6 wohl, 4 aber nicht. Weiter gibt es 8 Mitteilungen, in welchen die Röntgenstrahlen einen Fremdkörper im Magen zeigten, während mitunter die Beschwerden auf die Speiseröhre hingedeutet hatten.

Mit Bezug auf die Fremdkörper der Bronchien erwähnt die Literatur 45 Fälle, in welchen der Fremdkörper mittels Röntgenstrahlen im Thorax festgestellt wurde, und 18 Fälle, in welchen diese Feststellung nicht gelang. Die Frage des relativen Wertes der Röntgen-Ologie für die Fremdkörperdiagnostik der Bronchoskopie und Ösophagoskopie gegenüber dieser Frage läßt sich mit einem allgemein gültigen Ausspruch nicht beantworten. Soll auch die Überlegenheit der letzteren Methoden vom rein theoretischen Standpunkte aus unanfechtbar erscheinen, so gilt dies doch nur, insoferne ein geübter Broncho-Ösophagoskopiker zur Verfügung steht. Jedenfalls hat die Röntgenuntersuchung den Vorzug der bequemen Ausführung und absoluten Harmlosigkeit und führt dieselbe, wie aus obigen Zahlen hervorgeht, in der großen Mehrzahl der Fälle zum Ziel. Übrigens bietet, abgesehen von der Feststellung des Fremdkörpers, die Schirmuntersuchung wertvolle Merkmale für die Diagnose der einseitigen Bronchostenose.

Für die Diagnostik der Neubildungen hat die Methode nur einen beschränkten Wert. Kaum je wird sie eine nicht ohnedies erkannte Geschwulst im Hals oder in der Nase aufdecken. Für die Differentialdiagnostik der verschiedenen Geschwulstarten ist sie unbrauchbar. Nur hat sie in einzelnen Fällen über den genauen Sitz eines Tumors oder die Ausdehnung desselben in einer bestimmten Richtung Aufklärung gegeben.

Auch für die Diagnostik der Frakturen ist die Methode auf unserem Gebiete — im Gegensatz zu den Extremitäten wohl ziemlich entbehrlich. Für die Diagnostik von Kieferfrakturen dürfte sie mitunter nützlich sein, besonders kurz nach dem Trauma, wenn die Tragweite der sonstigen Untersuchungsmethoden durch die Schwellung der Weichteile sehr beeinträchtigt wird.

Über die therapeutische Bedeutung der Röntgenstrahlen und des Radiums bei Erkrankungen der ersten Luftwege sprach G. Gradenigo, Turin.

Die Narben, welche bei Zerstörung der Gewebe mit den Röntgenstrahlen resultieren, besitzen die besten ästhetischen Merkmale; die Applikation der Strahlen ist meist schmerzlos, verursacht dem Kranken nur die geringste Störung und ist, wenn mit Vorsicht ausgeführt, gefahrlos. Als Nachteile der Radiotherapie werden angeführt: die geringe Einwirkung in die Tiefe, die Gefahr, Hautentzündungen hervorzurufen, die Frequenz von Rezidiven und die Möglichkeit einer raschen Ausbreitung der bösartigen Tumore.

Bezüglich des Effektes der Radiotherapie muß man die Wirksamkeit derselben bei Läsionen der Haut, der Nase und der Lippen sowie bei Läsionen der Schleimhaut, der Nasen-Mund- und Rachenhöhle und der Larynx unterscheiden. Bei den Erkrankungen der Haut erzielt man meistens vollständige Heilungen sowie bei oberflächlichen Krebsen und bei fressender Flechte. Gut sind die Resultate beim chronischen Ekzem. Weniger günstig sind die Resultate bei den bösartigen Neubildungen der Nase, des Gaumens und der Lippen.

Die Wirkung des Radiums ist analog der der Röntgenstrahlen. Die Nachteile bestehen in der Höhe des Preises des Präparates, in der geringen Ausdehnung des Wirkungskreises und in der geringeren Energie als bei den Röntgenstrahlen. Das Radium hat aber den Vorteil, daß sein Vermögen in exakter Weise präzisiert und daß es auch in das Innere der Höhlen eingeführt werden kann.

Zu therapeutischen Zwecken werden mit Vorliebe die Röntgenstrahlen angewendet, welche eine größere penetrierende Kraft besitzen. Gut sind die mit Radium erhaltenen Resultate bei Hautkrebs, bei fressender Flechte der äußeren Nase. Weniger günstig sind die Resultate bei fressender Flechte der Nasen- und Mundhöhle.



Zur Indikationsstellung der Nasenscheidewandoperationen sprach Dr. L. Réthi, Wien:

Man wird nicht jeden Auswuchs und jede Verbiegung, welche das Septum aufweist, operativ angehen, sondern nur jene Verbildungen der Nasenscheidewand einer Behandlung unterziehen, welche Störungen verursachen. Man wird eine Operation vornehmen, wenn die Verbildungen die Nasenatmung erschweren oder aufheben, wenn sie Sprachstörungen bedingen, die Herausbeförderung des Sekretes wesentlich hindern, Gehörsaffektionen verursachen, die Einführung von Ohreninstrumenten unmöglich machen; wenn sie ferner Geruch und Geschmack ungünstig beeinflussen oder nervöse Störungen und Stauungserscheinungen, direkte oder reflektorisch ausgelöste Neurosen bedingen; und man wird therapeutisch auch vorgehen, wenn Formveränderungen der äußeren Nase, Entstellungen die Folge sind und aus kosmetischen Gründen Abhilfe geschaffen werden soll.

Dieses theoretisch anerkannte Prinzip wird aber — unbewußt — nicht immer befolgt und es wird oft auch operiert, wenn wie sich hinterher herausstellt, kein zwingender Grund hiefür vorhanden war; denn nicht jede Verbildung, welche die Nasenhöhle birgt, macht Beschwerden und es handelt sich hier nun darum, jene Auswüchse und Verbiegungen der Nasenscheidewand in Schutz zu nehmen, welche harmloser Natur sind. Lediglich aus dem Grunde, um dem Träger derselben innen eine korrekte Nasenscheidewand zu verschaffen, ihn von einer Verbildung innerhalb seiner Nasenhöhle zu befreien, die keine Beschwerden verursacht und von deren Existenz er vielleicht gar nichts wußte, bis sie bei einer rhinoskopischen Untersuchung zufällig entdeckt wurde, darf dem Betreffenden keine Operation vorgeschlagen werden; man täuscht sich eben mitunter über die Bedeutung einer vorhandenen Nasenscheidewandverbildung und das soll hier näher besprochen werden.

Difformitäten, welche nicht groß sind und die gegenüberliegende Wand nicht berühren, läßt man am besten in Ruhe. Sitzen sie weit vorne, wo sie also auch schon bei geringerer Größe eine wesentliche Verengerung oder gänzliche Verstopfung der betreffenden Nasenhälfte bedingen, so müssen sie operativ angegangen werden. Verbildungen von gleicher oder noch bedeutenderer Größe werden dagegen keine Beschwerden verursachen, wenn sie weit hinten ihren Sitz haben, wo die Luft noch ober- und unterhalb der Ausbuchtung durchstreichen kann. Die Erscheinungen werden intensiver sein, wenn Komplikationen, insbesondere akute und chronische Rhinitiden hinzutreten, so daß auch weit hinten sitzende mäßig große Verbildungen die Nase stenosieren werden oder wenn auch die andere Nasenhälfte etwa durch eine Hypertrophie oder Nasenpolypen mehr oder weniger verengt wird.

Und gerade jene Fälle, in denen Komplikationen namentlich mit Rhinitis hypertrophica vorhanden sind, können den Arzt leicht zu Fehlschlüssen bei der Deutung der Symptome seitens der Nase, zu unrichtigen therapeutischen Maßnahmen und einer überflüssigen Operation mit allen ihren mitunter recht unangenehmen Folgen veranlassen.

Jemand klagt z. B. über verstopfte Nase. Der Arzt konstatiert in der Gegend des vorderen Drittels der unteren Muschel eine Deviation, welche die äußere Wand vielleicht gar nicht erreicht. Der Vorschlag, eine Operation vornehmen zu lassen, wird von dem Kranken akzeptiert und nach durchgeführter Operation bestehen die Stenosenerscheinungen nach wie vor nahezu unverändert fort. Nun stellt sich bei genauer Erhebung der Anamnese folgendes heraus: Die Verstopfung der Nase ist nicht kontinuierlich, sondern nur zeitweilig vorhanden, insbesondere nachts beim Liegen und sie tritt oft nicht nur und zwar nach wie vor der Operation auf der Seite der Konvexität des Septums auf, sondern auch auf der der Konkavität.

Es liegt da auf der Hand, daß ein Auswuchs oder eine Verbiegung als festes Gebilde nicht bloß zeitweilig eine Stenose verursachen wird, sondern daß die Beschwerden kontinuierlich vorhanden sein müßten; die Ursache kann nur in dem labilen Zustande des Schwellgewebes der Muscheln liegen, welches sich zeitweilig füllt und dann wieder entleert. Oder aber es stellt sich heraus, daß die Beschwerden bei dem, vielleicht schon in höherem Alter stehenden Kranken erst seit einigen Monaten oder Jahren vorhanden sind. Es ist schon von vornherein klar, daß die Stenose nicht durch die Verbildung des Septums bedingt sein kann, da dieselbe, wenn nicht zufällig durch Trauma in der letzten Zeit akquiriert, schon in der Jugend entstanden ist. Auch hier ist die Ursache in der äußeren Wand zu suchen und es genügt da nicht, das Septum zu korrigieren, wie man von vorneherein meinen könnte; die Veränderungen des Schwellgewebes sind da oft schon so hochgradig, daß sie im Zustande der Erschlaffung trotz korrigierten Septums die Nase stenosieren, während die Beseitigung der Hypertrophie zum Ziele führt, auch wenn am Septum nichts unternommen wird.

Die Berücksichtigung dieser Momente allein, das Bestehen der Beschwerden seit der ersten Jugendzeit und andererseits das zeitweilige Freiwerden der Nase genügt schon — auf die ebenfalls nur zeitweilige Verstopfung der Nase durch Sekretanhäufung und Borkenbildung, sowie durch Ansaugen der Nasenflügel gehe ich hier nicht ein — um eine richtige Diagnose zu stellen und den Kranken vor einer überflüssigen Septumoperation zu bewahren; der in den weitaus meisten Fällen einfachere Eingriff an der äußeren Nasenwand, an den Muscheln führt zum Ziele und da zeigt sich nun, daß Operationen am Septum in der Tat nur äußerst selten vorgenommen werden müssen. Es ist sehr bemerkenswert, mit welch schmaler Respirationsspalte man häufig auskommt; ein Zwischenraum von 2 *mm* genügt oft schon.

R. sah ferner in der letzten Zeit zwei Fälle, in denen die Beschwerden, wegen welcher die Operation einer vorhandenen Septumdeviation seinem Rat entgegen vorgenommen wurde, nach der Operation nicht nur nicht behoben, sondern im Gegenteil sogar gesteigert wurden. In dem einen Falle stand das Septum nach der Operation, wie auf den ersten Blick schien, vollkommen korrigiert in der Mittellinie, im zweiten Falle war nur die höchste Wölbung behoben; an dieser Stelle sah man das Septum eben und das Hochplateau stand aus der Medianebene noch recht weit heraus. Beide Pat. klagten jetzt darüber, daß sich die Nase bei forcierter Atmung, bei raschem Gehen usw. verlege und nachts seien die Beschwerden trotz ruhiger Atmung genau so intensiv, vielleicht noch intensiver, als vor der Operation.

Es stellte sich nun bei genauer Untersuchung heraus, daß das Septum an der operierten Stelle flottierte, daß der knöcherne, bezw. knorpelige Teil bei der Operation in großer Ausdehnung entfernt wurde und daß sich dasselbe bei etwas tieferen Atemzügen an die anscheinend nicht stark hypertrophierte untere Muschel anlegte.

In dem einen Falle, in dem das Septum am Rande der operierten Stelle nicht in die Mittellinie gerückt wurde, genügte dann die Abtragung der Hypertrophien der unteren Muscheln. Im zweiten Falle jedoch wurden die Beschwerden durch denselben Eingriff zwar gemildert, aber nicht ganz behoben. Auch nachher machte sich noch die inspiratorische Atembehinderung bei rascher Körperbewegung unangenehm bemerkbar. Der Kranke wollte durchaus von seinen Beschwerden befreit werden und ich legte an jener Stelle des Septums, an der dasselbe beim Flottieren die größten Exkursionen machte, eine rundliche Öffnung von etwa 1 *cm* Durchmesser in den Weichteilen an und die Beschwerden waren nun behoben.

Die Kranken unterzogen sich also vorerst einer größeren Septumoperation und dann auch der weithin noch immer notwendigen Abtragung der Muschelhypertrophien; während von vorneherein die letztere Operation allein genügt hätte, um die Beschwerden zu beheben.

R. legt Gewicht darauf, daß man nicht immer die sogleich sichtbare Verbildung der Nasenscheidewand beschuldige, sondern daß man, um den Kranken vor einer überflüssigen Operation zu bewahren, insbesondere durch genaue Erhebung des Status und der Anamnese die Ursache der Beschwerden



feststelle und daß namentlich, wenn es sich um eine zeitweilig auftretende Nasenstenose handelt, der Sitz der Erkrankung nicht in der Verbildung der Nasenscheidewand, sondern im hypertrophierten Schwellgewebe zu suchen sei.

Die Diskussion förderte einige gut beobachtete Fälle zutage. Paunz, Budapest, berichtet über genaue Beobachtungen, Réthi konnte durch Operation in zwei Fällen noch geradezu im letzten Moment die drohende Erblindung abwenden. Einen derselben stellte er vor drei Wochen in der k. k. Gesellschaft der Ärzte vor, den anderen behandelte er vor 17 Jahren. Weitere wertvolle Mitteilungen über dies wichtige Thema machten noch Dr. Marschik und Prof. Killian.

(Fortsetzung folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Der zweite Verhandlungstag der VIII. Sektion (Demographie) auf dem Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie galt der ersten und bedürftigsten Lebenszeit, dem Säugling. Zunächst wurde die Säuglingssterblichkeit behandelt.

Zur praktischen Verwertung der von den theoretischen Wissenschaften gegebenen Endergebnisse ist es hier mehr als irgendwo notwendig, daß die verschiedenen Fachmänner sich einmütig verbinden. Denn nur auf diesem Wege läßt sich die für sämtliche Bevölkerungskreise allgemein wichtige Frage lösen. In willkommener Weise vereinigen sich auf diesem internationalen Kongresse die Fachmänner der verschiedensten Forschungsgebiete zur Lösung dieses für die gesamte Menschheit praktisch hochbedeutsamen Problems. Zuerst fand die Methode der Säuglingssterblichkeitsstatistik eine ausgedehnte Besprechung.

Zunächst wies der bekannte Prof. Preusnitz von der Universität Graz darauf hin, daß die Statistik gerade für die Säuglingssterblichkeit so außerordentlich wichtig ist, aber in der bisher behandelten Weise doch nicht ausreiche. Der Direktor des Berliner statistischen Amtes Prof. Silbergleit zeigte, daß die Altersdifferenzierung bei der Berechnung notwendig sei, und daß eine derartige Modifizierung in der Statistik der Säuglingssterblichkeit dem Arzte einen weiteren Einblick in den Zusammenhang mehrerer hygienischer Umstände mit der Lebensdauer ermöglicht.

Die Ernährungsweise der Säuglinge wurde von Neumann, Berlin, eingehend untersucht. Er verglich die Verschiedenheit der Sterblichkeit von den Säuglingen, die unter verschiedenen sozialen Verhältnissen stehen. Zu dem Zwecke teilte er die Kreise in drei Gruppen der Wohlhabenheit ein, und zwar wählte er als Einheit die Wohnungsgröße. Die erste Klasse betraf die Familien, deren Wohnung ein bis zwei Zimmer hat, die zweite Klasse diejenigen, die über drei, die dritte Klasse diejenigen, die über vier Wohnräume besitzen. Es stellte sich heraus, daß die Sterblichkeit der Säuglinge mit zunehmendem Wohlstande in außerordentlichem Maße abnimmt, daß aber auch in den ärmsten Kreisen die Sterblichkeit der Säuglinge bei natürlicher Ernährung eine erheblich geringere ist als bei künstlichen. Schon daraus ergibt sich die praktische Schlußfolgerung, unsere modernen Frauen wiederum von der Notwendigkeit der natürlichen Ernährung zu überzeugen. Der Direktor des Statistischen Amtes, Prof. Landsberg in Magdeburg beleuchtete sodann die Methodik, nach welcher der Einfluß festzustellen ist, wie die Ernährungsweise der verstorbenen Kinder, wie die Ernährungsweise der lebenden zu konstatieren und wie schließlich die Zahlen zu vergleichen sind. Von der größten Wichtigkeit für diese beregten Fragen ist naturgemäß die Milchkontrolle. Es war daher recht praktisch, diese Frage in unmittelbarem Anschluß an die behandelten Probleme zu bringen. Einen erfrischenden Eindruck auf die Versammlung machte der packende Vortrag des bekannten Kinderarztes an der Düsseldorfer Akademie, Professors Schloßmann.

Wenn man in einem großen modernen Hotel irgend eine ausländische Frucht zum Frühstück fordert, so kann man sicher sein, daß man sie in tadellosem Zustande frisch erhält. Wer zu irgendeiner Zeit Kaviar wünscht, bekommt aus Astrachan besten Kaviar, der mit allen möglichen Vorsichtsmaßregeln von der Produktionszeit bis zum Konsumenten sorgfältig behandelt ist. Wer jedoch ein Glas Milch verlangt, der bekommt höchstens nur abgekochte Milch. Dabei hat aber durch das Kochen nicht nur die Güte des Geschmackes gelitten, sondern auch der Nährwert wird einigermaßen beeinflußt. Der Hotelier unterläßt es aber trotzdem nicht, seine Milch abzukochen, weil die Milch ihm andernfalls sauer werden und verderben würde. Es ist merkwürdig, wie man eines der allerwichtigsten Nahrungsmittel, das die Milch doch ist, ja das Nahrungsmittel, das das einzige für viele und gewiß die empfindlichsten Menschen sein muß, so wenig sorgfältig behandelt. Die Großstädte, die sonst alles daransetzen, um Nahrungs- und Genußmittel in bestem Zustande zu liefern, bringen die Milch meist in ganz miserablem Zustande in den Handel. Freilich hat man an manchen Orten schon Milchküchen begründet, die aber das Gegenteil von dem erzielten, was sie beabsichtigten. Oft zwar brachten die Zeitungen schon nach wenigen Monaten die Meldung von ihnen, daß das Problem gelöst sei. Denn schon nach wenigen Monaten, die aber zufällig in den Herbst fielen, habe die Sterblichkeit abgenommen, so daß zu hoffen stünde, sie würde immer mehr abnehmen, schließlich überhaupt gar nicht mehr vorkommen.

Die Milchfrage ist eine Frage unserer Zeit. Es gilt, die großen Massen, die Großstädte mit guter Milch zu versorgen. Es ist zwar richtig, daß schon sehr viele Großstädte Kontrollen und Regulative eingeführt haben. Allein die Milch ist trotzdem immer noch schlechter geworden. Einmal liegt das daran, daß die Kontrolle den polizeilichen Maßnahmen unterstellt ist. Allein dadurch wird der Käufer nur vor geschäftlicher Benachteiligung bewahrt, der Schutz betrifft nur seinen Geldbeutel, die Milch wird nur auf ihren chemischen Nährwert beaufsichtigt. Die hygienische Kontrolle hingegen steht noch aus. Sie muß sich auf die Produktion, auf den Stall ausdehnen. Wollte man etwa einmal sich die Art der Produktion ansehen, so würde man erschrecken. Von verschwindend geringen Ausnahmen abgesehen, ist die Art der Milchbehandlung im Stalle weit entfernt von den allereinfachsten hygienischen Anforderungen. Unappetitlich gewonnen und behandelt, wird so die Milch zu einem leicht verderblichen Nahrungsmittel. Dabei hält sich die Milch vier, fünf Tage und noch länger, ohne sauer zu werden, wenn nur die nötige Sauberkeit beobachtet wird.

Es handelt sich hier nicht allein um eine hygienisch, sondern sogar volkswirtschaftlich hochbedeutsame Frage. Denn zehn Prozent der gewonnenen Milch geht dadurch für den Konsum ganz verloren, daß sie schlecht wird. Man denke daher, was an nationalem Werte verloren geht! Eine Änderung ist nur dann möglich, wenn eine intensive Kontrolle ausgeübt wird, welche die Milch bis zum Orte der Produktion in dem Stalle verfolgt. Nirgends gilt das Wort, daß man die kleinen Diebe hängt, die großen laufen läßt, mehr als für diese Verhältnisse. Diejenigen, die die eigentliche Schuld an der Verderbnis der Milch haben, läßt die heute übliche Beaufsichtigung ganz unbehelligt. Man wird freilich einwenden, es besteht ja heute schon eine bedeutende Kontrolle. Allein diese bezieht sich zumeist nur auf die bakteriologische und chemische Untersuchung. Hier kommt aber noch die Beaufsichtigung seitens des Tierarztes und des hygienisch geschulten Arztes in Betracht. Schon über die Produktion der Milch im Stalle muß das Auge des Hygienikers wachen. Hier haben die Bestrebungen einzusetzen. Mit der Zeit wird es die Kommune sogar als ihre Pflicht ansehen müssen, für die Beschaffung guter Milch zu sorgen, ebenso wie sie ja heutzutage schon die Versorgung mit gutem Trinkwasser selber übernimmt. Die ersten Ansätze dazu haben wir schon in den Milchküchen zum Beispiel in Köln. Aber auch hier wird noch nicht gegenügend für die nötige Bewachung zurzeit und am Orte der



Produktion gesorgt. Im Anschlusse daran besprach der Tierarzt Dr. Foot vom tierärztlichen Standpunkte die wichtige Frage. Als natürliches Ergebnis dieser Forschungsgebiete gilt die Frage des Selbststillens der Mütter.

Der erste Referent Dr. Lange in Karlsruhe wies auf das Nachdrücklichste darauf hin, wie notwendig die natürliche Ernährung für Gesundheit und Gesundung der Kinder ist.

Zu den wichtigsten Fragen, die gegenwärtig auf der Tagesordnung der öffentlichen Gesundheitspflege stehen, gehört unstreitig die nach der Stellung, welche die krankheiterregenden Protozoen bei der Verbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten einnehmen. Den Herren Wasiliewski, Heidelberg, und Hewlett, London, waren die einleitenden Referate für die Debatte zugewiesen. Ersterer faßte seine Auseinandersetzungen folgendermaßen zusammen:

Alle schmarotzenden Protozoen können gelegentlich als Krankheitserreger auftreten. Für den Menschen pathogen sind Amöben, Flagellaten, Ziliaten, Hämosporidien und Sarkosporidien. Von schmarotzenden Amöben scheint allein Entamoebia histolytica als Krankheitserreger für Menschen Bedeutung zu haben. Klinische Beobachtungen an Tieren sprechen dafür, daß Entamoebia coli ausnahmsweise schwere Gesundheitsschädigungen hervorrufen kann. Bei der Schwierigkeit, einzelne Amöboidstadien schmarotzender Protozoen als solche zu diagnostizieren, ist die Vervollkommnung von Kulturverfahren in der von Monton eingeschlagenen Richtung dringend wünschenswert. Die bisher in Mischkulturen gezüchteten Amöben kommen jedoch als Krankheitserreger anscheinend nicht in Betracht. Von Darmflagellaten höherer Tiere kommt die Gattung Lamblia gelegentlich auch bei Menschen als Erreger von Darmkatarrhen zur Beobachtung. Die Blutflagellaten stammen von Darmschmarotzern der Würmer und Insekten ab; mit der Gewöhnung der Wirtstiere an Blutnahrung erfolgte eine Anpassung der Darmbewohner an die Blutkost, ein Unempfindlichwerden gegen Blutgifte sowie Steigerung der Vermehrungsfähigkeit durch die gelösten Nährstoffe des Blutes. Je ausschließlicher die Blutsauger sich an die Blutnahrung anpaßten, umso mehr wurden Darmschmarotzer der gewöhnlichen Art, deren Übertragung durch Dauersporen erfolgt, bei ihnen zurückgedrängt; dafür fanden die Blutflagellanten immer günstigere Entwicklungs- und Verbreitungsbedingungen. Die Wirbeltiere dienen für die Erhaltung der Blutflagellaten als Depots, sind deshalb als Zwischenwirte zu bezeichnen. Im Interesse der Arterhaltung und der Verbreitung der Parasiten liegt ein schleichender chronischer Krankheitsverlauf der Wirtstiere, weil er zahlreicheren Blutsaugern die Verschleppung der Parasiten gestattet. Blutsauger, welche sich an Wirbeltieren mit sehr zahlreichen Parasiten nähren, gehen meist an der Infektion zugrunde und verbreiten dieselbe nicht. Die bisher mit Trypanosomen gelungenen Züchtungsversuche entsprechen den Vermehrungsbedingungen im Blutsauger. Die Parasiten der Orientbeule (Leishmania) scheinen mit der Gattung Crithidia aus dem Insektendarm verwandtschaftliche Beziehungen zu haben und ebenso wie die Gattung Babesia den Trypanosomen näherstehen als den Hämosporidien. Die von Schaudinn aufgestellte Theorie der epi- und endoglobulären Entwickelung der Blutflagellaten bei Athene noctua bedarf eingehender Nachprüfung.

Das zweite Referat erstattete Hewlett, London. Er behandelte ausschließlich den Malariaparasiten, und er kam auf Grund seiner Forschungen und Beobachtungen zu dem Schlusse, daß zum mindesten drei Arten des Malariatyphus unterschieden werden müssen, nämlich plasmodium malariae des Quartaafiebers; plasmodium vivax bei dem verhältnismäßig gutartigen Tertianfieber und laverania malariae beim Subtertianfieber. Ob sich in der Giftigkeit dieser Parasiten Gradunterschiede oder Gradveränderungen zeigen, dafür liegen zur Zeit keine direkten Beweise vor. Die Vermutung spricht indessen dafür.

Die Frage nach der Entstehung des Schwarzwasserfiebers streifte der Vortragende nur ganz nebenher. Ein eigener Parasit hat sich für diese Krankheit noch nicht auffinden lassen. Zweifellos besteht jedoch eine Beziehung zwischen ihm und der Malaria; der Zusammenhang ist aber völlig dunkel.

In einem inneren Zusammenhang mit diesem Thema stand der andere Gegenstand der heutigen Tagesordnung, nämlich Insekten als Verbreiter von Krankheiten.

Zuerst sollte Nutall, Cambridge, über die neuesten Forschungen und Erfahrungen bei den blutsaugenden Artheropoden und über die Rolle, welche sie bei der Übertragung von Infektionskrankheiten spielen, berichten. Das Referat fiel indessen aus. Dönitz, Berlin, sprach über die Zecken als Krankheitsüberträger und als Blutsauger im eigentlichen Sinne. Die Zecken schädigen das befallene Tier durch Blutentnahme und machen es zugleich krank. Die Schäden, welche sie in Nordamerika an den dortigen Rinderherden anrichten, belaufen sich nach dortigen Ermittelungen jährlich auf 40 bis 60 Millionen Dollar. Außerdem sind aber diese Zecken (Texasfieberzecken) auch für den Menschen ungemein schädlich. Man kann unter ihnen eine nordamerikanische, afrikanische, australische und südeuropäische Texasfieberzecke unterscheiden. Sie stammen indessen alle von dem alten Coophilus coloratus ab. Auf Grund der biologischen Kenntnisse, die wir Theobald Shmit verdanken, ist es bereits gelungen, wirksame Abwehrmaßregeln gegen die genannte Krankheit zu treffen. Dahin gehören in erster Linie die sogenannten Zeckenbäder mit Schwefelkalzium. Bei anderen Insektenarten, den Argafiden, müssen ihren Lebensgewohnheiten entsprechend andere Abwehrmaßregeln Platz greifen. Diese muß man in ihre Schlupfwinkel hinein verfolgen und sie durch geeignete Zerstörungsmittel vernichten. Das geschieht auch schon häufig. Das Rückfallfieber in Europa ist dadurch entschwunden, daß es gelungen ist, den Erreger (die Taubenzecke) zu vernichten. Trotz der großen Forschungsergebnisse auf diesem Gebiete bleibt noch viel zu tun übrig. Den rein zoologischen Teil des Dönitzschen Vortrages ergänzte dann durch eine mehr pathologische Betrachtung Professor Dr. Galli-Malerio, Lausanne. Er betrachtete die Arthropoden als Ausstreuer von Krankheiten unter drei Gesichtspunkten: erstens als einfache Träger von Parasiten, zweitens als ihre direkten Überträger und drittens als Wirte von gewissen tierischen Parasiten. Alle diese Probleme sind nur durch genaueste experimentelle Untersuchungen zu lösen oder einer Lösung anzunähern.

Nachträglich legte Herr Nuttal seine Schlußsätze der Sektion vor, ohne einen gewissen Vortrag zu halten. Diese Sätze lauten: „Glossina palpalis und wahrscheinlich auch andere Gattungen der Glossina, wild an Orten, wo die Schlafkrankheit herrscht, gefangen, ist imstande, Trypanosoma gambiense zu übertragen. Ebenso verhält es sich mit Glossina morsitans, Pallipides und Palpalis bezüglich Tr. brucei; die Fliegen sind bis zu 24 Stunden oder vielleicht auch länger nach ihrer Gefangennahme ansteckend. Bei direktem Übergang von kranken auf gesunde Tiere ist Glossina palpalis fähig, Tr. gambiense und „Jinja“-Trypanosome zu übertragen. Gl. palpalis überträgt Trypanosome der „Jinja“, der abessinischen Fliegenkrankheit und der Mauleselkrankheit nach einem Zeitraum von 6 bis 24 Stunden. Bei direktem Übergang von kranken auf gesunde Tiere können sowohl Tr. gambiense, Tr. evansi wie auch Trypanosome der nordafrikanischen Kamelkrankheit durch Stomoxys (verschiedener Gattungen) übertragen werden; in gleicher Weise verhalten sich Atylotus (Tabanus) nemoralis und A. tomentosus bezüglich der Kameltrypanosomen. Rattenflöhe (Spezies?) übertragen Tr. lewisi.

Pulex cheopis überträgt den Bacillus pestis von Ratte auf Ratte und ist die Hauptursache der epizootischen Pest in Indien. Diese Flohart ist an verschiedenen Orten, in denen Pest vorkommt, gefunden worden; sie sticht auch Menschen.“

In der Diskussion lenkte A. Baginsky die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die Übertragbarkeit von Krank-



heitserregern durch unsere Stubenfliegen. Er stützte sich bei seinen Ausführungen auf eine Beobachtung, die er vor Jahren an den von ihm geleiteten Krankenhause zu machen Gelegenheit hatte.

Am Schlusse der Verhandlungen in der ersten Sektion wurde noch eine ganze Anzahl von wissenschaftlichen Angaben über allerhand Versuche betreffend die Übertragbarkeit von Krankheiten durch Insekten mitgeteilt.

Diphtheriesterblichkeit in Deutschland.

Gemäß dem Beschlusse des Brüsseler internationalen Kongresses berichtete Loeffler, Greifswald, über die Erfolge der Serumbehandlung bei Diphtherie während des ersten Gebrauchsdezenniums des Antidiphtherieserums. Als Grundlage für seinen Bericht dienten die Zusammenstellungen des betreffenden statistischen Materials im Reichsgesundheitsamte. Es hat sich ergeben, daß mit dem Jahre 1895, dem Beginn der Antidiphtherieserumbehandlung, die Sterblichkeit fast um 50 Prozent sich vermindert hat. Die Sterblichkeit hat sich seit jenem Zeitpunkte auf der konstant niedrigen Ziffer erhalten. Es kann keinem Zweifel mehr unterliegen, daß dieser günstige Umstand auf die Einführung des Antidiphtherieserums zurückzuführen ist. Überall in ganz Deutschland ist diese Beobachtung gemacht worden, so daß die Bedeutsamsamkeit des Behringschen Antidiphtheriserums unumstößlich feststeht. Aus anderen Ländern lagen keine Berichte vor. Loefflers Bericht wurde durch eine Anzahl vortrefflicher graphischer Darstellungen sehr überzeugend veranschaulicht.

(Forts. folgt.)

II. Literaturauszüge.

Struma und Herzkrankheiten. Von Dr. W. Gittermann, Bad Nauheim.

Autor fand unter 895 myogenen Erkrankungen des Herzens (651 Männer, 244 Frauen) 121 Patienten mit deutlicher Struma (21 Männer, 100 Frauen); 11 mal war ausgesprochener Basedow vorhanden, in 110 Fällen handelte es sich um Kröpfe, die seit vielen Jahren bestanden und zu denen sich mit der Zeit eine Erkrankung des Herzmuskels hinzugesellt hatte. Während sich die 11 Basedowkranken in jüngeren Jahren befanden — nur eine Patientin hatte die Vierzig überschritten — verteilten sich die übrigen Kropfkardiopathien auf folgende Lebensalter:

20—30	Jahr	6	Patienten
30—40	„	19	„
40—50	„	27	„
50—60	„	43	„
über 60	„	15	„

Bei 71 Kranken handelte es sich um Myokarditis mit konzentrischer Hypertrophie des Herzens ohne irgendwelche Basedowerscheinungen; 29 mal bestand Pulsbeschleunigung mit Arhythmie, 11 mal regelmäßiger stark beschleunigter Puls, 24 mal Arhythmie ohne erhöhte Frequenz, 7 mal Anfälle von Tachykardie bei sonst normaler Herztätigkeit. In 8 Fällen waren deutliche Zeichen von Arteriosklerose vorhanden, bei 15 Patienten hörte man Herzgeräusche, 3 litten infolge von Gelenksrheumatismus an Klappenfehler, einmal bestand schwere Arthritis deformans, in einem Falle starke Abmagerung nach Thyreoidingebrauch; 12 Patienten litten an Ohnmachten, vier hatten schwere stenokarditische Anfälle mit Lungenödem, nur dreimal waren leichte Zirkulationsstörungen und Ödeme zu konstatieren.

In 31 Fällen handelte es sich um einfache Herzdilatation, die achtmal sehr beträchtlich war. Von dieser Gruppe litten 23 Patienten an Zittern der Hände und allgemein nervösen Erscheinungen mit rheumatischen Schmerzen, 8 mal war auch leicht angedeuteter Exophthalmus vorhanden. 5 Patienten hatten Herzgeräusche, 13 litten an — meist regulärer — Pulsbeschleunigung, 18 hatten Anfälle von Tachykardie, die oft tagelang anhielten, während in der Zwischenzeit die Herztätigkeit normal war. Meist bestand Gefühl des Herzklopfens, nur fünfmal Klagen über Beängstigung und Herzschwäche. Die Erscheinungen des gesteigerten Stoffwechsels, Abmagerung, Darmsymptome, erhöhte Schweißtätigkeit, Hitzegefühl, ausgesprochener Exophthalmus fehlten auch in dieser zweiten Gruppe, die ich als Übergangsformen bezeichnen möchte.

Achtmal ließen sich Stauungserscheinungen durch Druck der meist harten, ringförmigen, mittelgroßen Struma auf Halsvenen und Trachea nachweisen. Es bestand dann Stridor und Bronchialkatarrh, der sich zeitweise bis zu allgemeiner kapillärer Bronchitis mit suffokatorischen Anfällen steigerte. Am Herzen fanden sich daneben die Erscheinungen der Myokarditis mit irregulär beschleunigtem Puls.

Erblichkeit war im ganzen viermal nachzuweisen; bei einer Patientin mit Struma und tachykardischen Anfällen litt die Tochter, bei einer zweiten mit Myokarditis litten eine Tochter und eine Schwester an Morbus Basedowii.

Wir haben also unter 110 Fällen nur 8 mit Druckerscheinungen, eine große Gruppe von Kranken mit Kropf und Myokarditis, eine kleine mit Herzdilatation und einzelnen dem Basedow verwandten Symptomen. In einem Fall dieser letzteren Gruppe traten unter dem Einflusse großer nervöser Erregungen alle Symptome des Morbus Basedowii auf, während bei mehreren anderen Patienten unter Schwinden aller nervösen Erscheinungen sich mit der Zeit eine Myokarditis einstellte.

Fast immer handelte es sich um kleine, leicht verschiebliche, oft einseitige Kröpfe, die sich in höheren Lebensjahren ziemlich hart anfühlten, ohne Stauungserscheinungen der umliegenden Venengeflechte; sie bestanden entweder von Kindheit oder hatten sich zur Zeit der Pubertät, bei Frauen auch oft nach einem der ersten Wochenbetten, bemerkbar gemacht. Ganz allmählich, selten plötzlich nach einem heftigen Schreck oder großem Kummer, stellten sich dann Beschwerden ein, Gefühl von Herzklopfen mit unangenehmen Empfindungen, Kurzatmigkeit, Beklemmung, meist beschleunigter irregulärer Puls, seltener Anfälle von Tachykardie. Viermal wurde der Beginn der Herzerkrankung auf eine schwere Influenza zurückgeführt. Die Patienten fühlten sich also nur herzkrank und boten die Erscheinungen der Myokarditis. Trotz beschleunigter Herztätigkeit, die häufig über 120 Schläge in der Minute betrug, war aber immer noch eine gewisse Arbeitsleistung möglich, ohne beträchtliche Steigerung der Dyspnoe; mäßige Bewegung wurde nur wohltuend empfunden. Ein alter Herr kam während eines tachykardischen Anfalles mit einem kaum zählbaren Puls von etwa 200 Schlägen zu Fuß in meine Sprechstunde und behauptete, daß ihm der Weg nicht übermäßig schwer geworden sei. Auch die Vergrößerung des Herzens erreicht bei Kropfträgern nicht den Umfang, wie wir in anderen Fällen von myogenen Herzkrankheiten, besonders nach Sklerose, beobachten können. Jedenfalls blieben alle Erscheinungen lange Zeit stationär; Autor hat jahrelang Kranke beobachtet, die immer wieder in derselben Verfassung zu ihm kamen, ohne daß sich eine Verschlimmerung eingestellt hatte. Daß mit zunehmendem Alter infolge der verstärkten Herzarbeit leichter Arteriosklerose auftreten kann, ist von vornherein anzunehmen; nach seinen Beobachtungen zeigt aber auch diese Krankheit bei Kropfträgern keineswegs bösartigen Charakter und fortschreitende Neigung. Der von ihm in einer ganzen Reihe von Fällen gemessene Blutdruck ist wechselnd, Zucker und Albumen fehlen; Cyanose, Zirkulationsstörungen, Ödeme machen sich trotz anscheinend mangelhafter Herzarbeit nur sehr selten bemerkbar, und er hat die Prognose des Kropfherzens quoad vitam lange Zeit für günstig gehalten, bis er im Laufe der letzten Jahre drei Kranke im stenokardischen Anfalle mit Lungenödem zugrunde gehen sah. Es handelte sich allerdings auch hier um Komplikationen; eine Patientin litt an hochgradigster Adipositas, die zweite hatte andauernd einen Puls von 150 Schlägen, im dritten Falle bestand gleichzeitig Aorteninsuffizienz.

Ein alter Praktiker tat einmal den gewichtigen Ausspruch: „Ohne Morphium möchte ich kein Arzt sein“; wenn die Nauheimer Ärzte aufrichtig sein wollen, dann müssen sie bekennen: „wir möchten nicht in Bad Nauheim praktizieren,



wenn wir keine Digitalis hätten". Sie ist allen anderen Herzmitteln weit überlegen, und wenn sie ganz versagt, dann kann man getrost das Todesurteil sprechen. Eine Ausnahme von dieser Regel macht das Kropfherz. Daß Digitalis bei Basedowkranken keine günstige Wirkung, sondern oft allerlei Störungen hervorruft, ist eine lange bekannte Tatsache; Möbius hält Digitalis für wirksam, sobald sich bei Basedow dieselben Verhältnisse finden, die sonst als Indikation gelten. G. widerspricht dieser Ansicht, denn nach seiner Erfahrung ist bei allen mit Struma verbundenen myogenen Herzerkrankungen ihre Wirkung auch im Falle von Zirkulationsstörungen stark herabgesetzt, so selbst dann, wenn neben der Kropfkardiopathie infolge von akutem Gelenksrheumatismus ein Mitralklappenfehler besteht.

Digitalis und Kropfsekret verhalten sich oft zueinander wie Gift und Gegengift; letztere scheint das stärkere zu sein, denn unter dem Einflusse des Thyreotoxins bleibt die pulsverlangsamende, regulierende Wirkung unseres sichersten Herzmittels aus oder ist wenigstens sehr gering, auch wenn alle Indikationen gegeben sind. Eine Erhöhung des Blutdruckes, die bei noch leistungsfähigem Muskel nach Digitalis fast immer zu konstatieren ist, ließ sich beim Kropfherzen nicht oder nur schwach nachweisen. G. glaubt, daß diese Unwirksamkeit der Digitalis eine besondere Beweiskraft für die toxische Wirkung der Struma beigelegt werden darf; sie läßt aber auch darauf schließen, daß das Kropfsekret wie Digitalis auf die Herzmuskelfasern einwirkt. Ob eine konzentrische Hypertrophie dabei lediglich durch langandauernde erhöhte Arbeitsleistung zustande kommt oder ob es sich um eine direkte Schädigung des Myokards handelt, etwa analog dem Alkohol, das läßt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. (Berl. kl. Wochenschr. Nr. 46, 1907.)

*

Heiße Gelatineklystiere bei Darmblutungen. Von Dr. Ernst Michaelis.

Seit Carnot 1896 als erster die Gelatine als blutstillendes Mittel in die Therapie eingeführt hat, sind damit vielfache Versuche gemacht worden. Auch wir verzeichneten in einem Fall von schwerster Magenblutung bei Ulcus ventriculi mit der Eingabe von Gelatine per os einen sehr guten Erfolg.

Vereinzelt wurde die Gelatine auch per rectum als Klistier angewandt.

Ausgehend von der bekannten Tatsache, daß Uterusblutungen durch Spülungen mit 48—50° C heißen Flüssigkeiten eine außerordentlich günstige Beeinflussung erfahren, versuchte Prof. Krönig in einem verzweifelten Fall von typhöser Darmblutung in analoger Weise den thermischen Effekt einer 50° C heißen Gelatinelösung mit der der Gelatine als solcher innewohnenden blutstillenden Wirkung zu kombinieren.

Fußend auf den Erfahrungen, die wir bei diesem Fall gemacht hatten, haben wir nun systematisch bei Darmblutungen und zwar hauptsächlich bei Blutungen aus Typhusgeschwüren heiße Gelatineeingießungen (48—50° C) per rectum angewandt.

Von August 1904 bis gegen Ende 1906 hatten wir auf Männer- und Frauenstationen der II. inneren Abteilung des Krankenhauses zirka 60 Typhen in Behandlung, von denen 12 Darmbluten als Komplikation bekamen oder schon beim Eintritt hatten.

Einer von den genannten 12 Erwachsenen, der sehr leichtes Darmbluten hatte, erhielt nur einige subkutane Gelatineinjektionen. Die übrigen 11 bekamen Eingießungen meist 5%iger, in zwei Fällen 20%iger heißer Gelatine von einer Temperatur von 48—50° C und in einer Menge von 250—300—500 *cm*³, selten bis 1 Liter, 2—4mal täglich.

Auffallend mag zunächst erscheinen, daß von diesen Patienten 7 starben, indes liegt kein einzigesmal die Todesursache in der Blutung, sondern vier Patienten erlagen der Schwere der Infektion mit hinzutretender Herzschwäche (zweimal Typhussepsis), zwei starben an Perforationsperitonitis vom Darm aus, eine Patientin an Bronchopneumonie.

In allen diesen Fällen stand die Blutung völlig; der Tod erfolgte an der weiteren Komplikation einen Tag bis $1^1/_2$ Wochen nach Aufhören der Blutung.

Der anfänglich von uns gehegte Verdacht, daß vielleicht die heißen Gelatineeingießungen eine Veränderung, Verätzung oder Verschorfung der Darmschleimhaut herbeiführen könnten, hat sich in keinem der Fälle als begründet gezeigt. Von Anfang an wurde gerade diesem Punkt die größte Aufmerksamkeit zugewendet, sowohl von unserer Seite als auch von seiten der Pathologen. Der Darm wurde stets aufs genaueste nach Veränderungen, die der heißen Gelatine hätten zur Last gelegt werden können, abgesucht, immer mit völlig negativem Resultate.

Der Exitus, der in einzelnen Fällen bei sehr schwerem, zum Teil septischem Krankheitsbilde erfolgte, kann, wie sich aus den Sektionsprotokollen zur Evidenz ergibt, in keiner Weise zu der Gelatinetherapie in Beziehung gebracht werden.

Wir haben also gesehen, daß die heiße Gelatine die Blutungen zum Stehen brachte, auch in einigen Fällen, in denen vorher andere Hämostatika versagt hatten. Es ist natürlich, daß wir einigemale bei der großen Gefahr, in der der Patient schwebte, nicht alles auf eine Karte setzten, sondern gleichzeitig mit der Gelatine noch andere blutstillende Mittel zur Anwendung brachten.

Selbstverständlich ging die übrige allgemeine Therapie der Darmblutung und ihrer Folgen stets der Gelatinetherapie zur Seite.

Einen schädigenden Einfluß auf die Nieren beobachteten wir in keinem Falle. Einmal verschwand sogar das vorher vorhandene Eiweiß aus dem Urin noch während der Gelatinebehandlung.

Die Eingießungen wurden von uns so gemacht, daß zunächst mit einer leicht zu bedienenden Bettwinde das Fußende des Bettes je nach Wunsch erhöht wurde und damit auch das Gesäß des Patienten, ohne daß er selbst bewegt zu werden brauchte. Es erfolgte dann mittels Irrigators die Eingießung der meist 5%igen Gelatinelösung von einer Temperatur von 48—50° C, und zwar wurde der Einlauf möglichst langsam und unter niedrigem Druck vorgenommen, da bei schnellerem Eingießen sich einigemale Stuhldrang bemerkbar machte, was ja natürlich vermieden werden muß.

Unsere Resultate sind, was die Beeinflussung der Blutung betrifft, als gute zu bezeichnen, da es uns in jedem Falle gelang, die Blutung durch die Gelatinetherapie zum Stillstand zu bringen. („Mediz. Klinik" Nr. 2.)

III. Aus der Praxis.

Über die Pyrenoltherapie bei Lungenkrankheiten. Von Dr. Robert Rosenbach. (Aus der II. medizinischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien. Primararzt Dr. v. Frisch.)

Rosenbach, der die Entwicklung von Pyrenol in der Therapie seit Jahren verfolgt, wählte zu eingehenden Beobachtungen desselben die Erkrankungen der Respirationsorgane, von denen ihm die II. medizinische Abteilung unter v. Frisch reichliches Material bot.

Dem Pyrenol verleihen der Benzoesäuremethylester nebst den empyreumatischen Stoffen der Siambenzoe einen hohen expektorierenden Wert und prädestinieren es besonders zur Behandlung der infektiösen Erkrankungen der Luftwege. Die wichtigste Aufgabe bei ihrer Behandlung, die Kraft des Herzens zu sparen, erfüllt gerade Pyrenol aufs beste. R. bestätigt mit sämtlichen früheren Autoren, daß Pyrenol tonisierend auf das Herz wirkt.

An fieberhaften Affektionen kamen zur Behandlung: Tracheitis, Pleuritis sicca, Bronchopneumonie, Bronchitis diffusa,



lobäre Pneumonie. Für jede Gruppe von Erkrankungen werden ganz ausführliche, dem Protokoll entnommene Krankengeschichten wiedergegeben, die R. zu folgender Schilderung der Wirkungsweise veranlassen; Pyrenol wurde von den Patienten gern genommen, der Husten war, durch die erleichterte Expektoration, nicht mehr so quälend, das Sputum flüssiger; die Temperatur sank langsam aber gleichmäßig, die Pulsfrequenz verminderte sich, der Puls selbst wurde voller. Der Appetit hob sich, die Patienten fühlten sich sehr wohl. Besonders möchte ich die schmerzlindernde Wirkung des Pyrenols hervorheben (in einem Falle von Pleuritis schwanden die Schmerzen nach wenigen Gaben von Pyrenol vollständig). Irgend eine schädliche Einwirkung auf die Nieren, den Magen oder Darm wurde in keinem einzigen Falle hervorgerufen.

Von afebrilen Respirationserkrankungen kam am häufigsten das Asthma bronchiale zur Beobachtung, bei dem besonders die sedative Wirkung des Pyrenols ausgezeichnet zur Geltung kommt. Bei Phthisis wurde sehr bald ein Nachlaß des Hustenreizes, Erleichterung der Expektoration und langsames Niedergehen der Temperatur bemerkt.

Pyrenol charakterisiert sich demnach als kräftiges Expektorans, verläßliches Sedativum und mildes Antipyretikum ohne jede schädliche Nebenwirkung, das bei einer Reihe von Respirationserkrankungen stets zur Anwendung gezogen werden sollte. (Die Heilkunde Nr. 4, 1908.)

Akute Infektionskrankheiten im Kindesalter. Sammelreferat von Priv.-Doz. Dr. L. Langstein und Dr. A. Benfey. (Med. Klinik Nr. 2, 1908.)

Koplik und Heiman beobachteten von 160 Typhusfällen 24 Rezidive, davon bekamen 4 ein zweifaches, 1 sogar ein dreifaches. Milztumor fehlte nie, Roseola in $^1/_4$ der Fälle. Widal war nur einmal negativ, Leukopenie war häufig, sämtliche Fälle gingen in Heilung über.

Günstige Desinfektionsversuche hat Jehle mit Pyocyanase bei Infektionen mit Meningococcus und Micrococcus catarrhalis vorgenommen. Schon ein geringes Quantum des Mittels genügte, um das kulturelle Wachstum der Meningokokken zu verhindern. Bei der Anwendung des Mittels in einer durch den Micrococcus catarrhalis hervorgerufenen Grippeepidemie auf der Säuglingsabteilung seiner Klinik zeigte sich, daß schon am nächsten Tage die Mikrokokken nicht mehr nachweisbar waren. Die Meningokokken schwinden nach ein- bis zweimaliger Einpinselung der Pyocyanase aus dem Nasenrachenraum. Auf andere Bakterien, wie Strepto-, Staphylo-, Pneumokokken, Kolibazillen wirkte die Pyocyanase nur wenig ein.

Als Komplikation der epidemischen Zerebrospinalmeningitis unterscheidet Koplik drei Formen von Hydrokephalus: Die wichtigste setzt akut am Beginne der Krankheit ein, kenntlich durch den plötzlichen Eintritt mit Sopor und Kollaps. Hier wirkt prompte Lumbalpunktion geradezu lebensrettend. Die zweite, für das Säuglingsalter charakteristische Form, ist besonders wegen der leichteren Anpassung der Ventrikel an Druckerhöhung schwer diagnostizierbar. Die dritte Form kommt oft nach scheinbarer Besserung vor. Über den Ventrikeln besteht leichter tympanitischer Schall. Auch hier ist die Lumbalpunktion indiziert.

Moltschanoff gibt auf Grund seiner an der Moskauer Kinderklinik gemachten Erfahrungen bei der operativen Behandlung der Diphtheriestenosen auch bei den kleinsten Kindern (das jüngste war 8 Wochen alt) der Intubation den Vorzug vor der Tracheotomie.

Zu demselben Resultat kommt Reich, der seinem Berichte ein enormes Material zugrunde legen konnte. In 15 Jahren 1323 Operationen, unter denen sich nur 23 primäre Tracheotomien befanden. Die Erfolge bei der Intubationsbehandlung sind so gute, daß nach den Darlegungen des Verfassers die primäre Tracheotomie im Münchener Kinderspital eine Rarität geworden ist, während Intubation und Heilserum zum eisernen Bestand der Therapie beim diphtherischen Larynxkrup gehören.

Baginsky berichtet über Erkrankungen, die in ihrem klinischen Bilde so außerordentlich der epidemischen Zerebrospinalmeningitis glichen, daß nur der rasche, günstige Verlauf und die bakteriologische Untersuchung vor diagnostischen Irrtümern schützen konnte.

In der vielumstrittenen Frage der Beziehungen des Streptokokkus zum Scharlach nimmt Hektoen einen vermittelnden Standpunkt ein. Er hält zwar den Streptokokkus nicht für den Erreger des Scharlachs, glaubt aber, daß der Scharlachkranke der Infektion mit Streptokokken ganz besonders ausgesetzt ist, und hält deshalb eine energische Antistreptokokkentherapie für angezeigt.

Herpes als diagnostisches Zeichen der epidemischen Zerebrospinalmeningitis hält Einhorn deshalb für verwertbar, weil er bei dieser Krankheit besonders mächtig und ausgedehnt auftritt und seine Heilung längere Zeit in Anspruch nimmt, als beim gewöhnlichen febrilen Herpes.

Beherzigenswert ist die Warnung Friesners vor einer zu leichten Auffassung des kindlichen Schnupfens, da er die einzige Lokalisation der Diphtherie bilden kann.

Norton berichtet über gute Erfolge bei der prophylaktischen Anwendung des Diphtherieserums bei epidemischer Diphtherie.

Eine seltene Lokalisation der Diphtherie, nämlich an den Vorhäuten und an der Eichel bei einem 4 und 3 Jahre alten Kinde beobachtete S. Riva-Rocci.

Intravenöse Sublimatinjektionen wurden von verschiedenen Autoren mit Erfolg bei Sepsis, Pyämie, Typhus, Erysipel und Rheumatismus angewendet. In der Baccellischen Klinik bekam eine Frau, die eine Septikopyämie hatte, neun Sublimatinjektionen, zuerst mit eintägigen, dann mit zweitägigen Intervallen. Es werden insgesamt $8^1/_2$ *cg* Sublimat dem Organismus einverleibt; es wurde eine 1‰ige Lösung verwendet. Die stark fiebernde Patientin wurde fieberfrei. Die Behandlung wurde ohne Störung ertragen. Eine vor den Injektionen bestehende Albuminurie ging mit der Besserung der übrigen Krankheitssymptome zurück.

Schupfer in Florenz sah bei einem Fall von gummöser Pachymeningitis mit intravenösen Sublimatinjektionen einen guten Erfolg. Auch postskarlatinöse Polyarthritis soll durch dieselbe Behandlung günstig beeinflußt werden. (Allg. Wiener med. Ztg. 1907, Nr. 44.)

IV. Notizen.

Internationale Vereinigung für Krebsforschung. In den Räumen der Charité wurde eine internationale Vereinigung für Krebsforschung gegründet. Als Sitz wurde Berlin in Aussicht genommen. Es waren Vertreter von 13 Staaten anwesend: Deutschland, Österreich-Ungarn, Frankreich, Rußland, Vereinigte Staaten, Japan u. a. An die konstituierende Versammlung schloß sich eine Festsitzung. Vertreter des Staates und der städtischen Behörden nahmen daran teil. Prof. v. Leyden begrüßte die Anwesenden. Der Minister Dr. Holle begrüßte mit einigen Worten die Versammlung und namentlich die auswärtigen Mitglieder. Er hofft von der Vereinigung so vieler ausgezeichneter Männer eine gedeihliche Förderung der Forschung sowohl wie der praktischen Abwehrmaßnahmen. Er erblickt in dieser Neubegründung eine soziale Tat. Der nächstfolgende Redner Orth gedachte in tiefempfundenen Auseinandersetzungen der Bedeutung des Ortes, in welchem die Versammlung ihre Verhandlungen abhält. Die Vereinigung tage in einem Raume, der für alle Zeit der Erinnerung an den unsterblichen Begründer dieses pathologischen Institutes und der in ihm aufgestellten großartigen Sammlungen geweiht sei. Sehr bemerkenswert war in der schönen Rede Orths der Abschnitt, in dem er Virchows unvollendet gebliebenes Werk „Über die Geschwülste" erwähnte, und über die Ursachen seine Vermutungen äußerte, weshalb dasselbe ein Torso geblieben. Herr Orth wünschte, daß der genius loci — also der Forschergeist Virchows — über dieser Vereinigung vorbildlich schweben möge. Hierauf sprach Borrel, Paris, „über das Entstehungsproblem des Krebses", das durch das Tierexperiment, namentlich durch die Beobachtungen an den geimpften Mäusen, in ein neues Stadium getreten sei. Er zeichnete in scharfen Sätzen den gegenwärtigen Stand der Krebsforschung, die zum mindesten zu der Hoffnung berechtige, daß das Dunkel in derselben Weise wie bei der Tuberkulose, der Diphtherie, der Lepra werde gelichtet werden können. Die Schwierigkeit gerade dieser Krebsproblemlösung liegt in der Komplexität des Problems an und



für sich. Im Verlaufe seines Vortrages kam dann Borrel auf gewisse Eigentümlichkeiten bei der geographischen Verbreitung der Krebserkrankung zu sprechen. Auch auf gewisse soziale Einflüsse, die bei der Verbreitung der Erkrankung eine Rolle spielen können, wies der Vortragende mit großer Entschiedenheit hin. An den parasitären Charakter der Erkrankung hält Borrel unbedingt fest. Auf den rein theoretischen Vortrag des Pariser Borrel folgte ein mehr die praktischen Gesichtspunkte berücksichtigender Dollingers, Pest, „über einige Ergebnisse der Krebsstatistik Ungarns“. Eine sehr bemerkenswerte Gleichheit ergab sich in der dortigen Statistik und in der im Deutschen Reiche. Fast 40% der männlichen Kranken zeigen die Verdauungsorgane, fast ebensoviel der weiblichen zeigen die Genitalorgane angegriffen. Geradezu staunenerregend ist das Mißverhältnis zwischen den statistischen Feststellungen sowohl in Ungarn als auch in Deutschland und den Sterblichkeitsziffern. Die den Krebskranken eigene Indolenz allein vermag die auffälligen Verschiedenheiten zwischen Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer nicht zu erklären. Hoffentlich trägt die in Aussicht genommene internationale Statistik das übrige zur Aufhellung jener rätselhaft bleibenden Ziffern bei. Die beiden letzten Vorträge Jensens, Kopenhagen, und Podwyssotzkis, Petersburg, behandelten lediglich rein wissenschaftliche Fragen, so die experimentelle Verwandlungsmöglichkeit von Karzinom in Sarkome, die Beeinflussung der kranken Gewebe durch spezifische Sera, die Wechselbeziehungen zwischen chemischen Vorgängen in den Zellen zu der ungeheuer gesteigerten Zellenwucherung selber bei Karzinomen, die Beziehungen zwischen gewissen Ernährungsformen und der Entwicklung der Geschwulst selber, die Ergründung des hereditären Momentes, endlich auch die von alters her in Geltung gewesene, jedoch neuerdings zurückgedrängte „Reiztheorie“. Diesen letztgenannten Punkt unterzog insbesondere Podwyssotzki einer ebenso eingehenden wie scharfsinnigen Kritik. Er stellt, wie man leicht entnimmt, die parasitäre Natur der Erkrankung wieder in Zweifel, um die äußere Reizwirkung wieder in die ihr ehedem eingeräumten Rechte einzusetzen. Zur Stütze seiner Behauptung bediente sich der Vortragende, der ebenso wie der Däne Hansen vortrefflich deutsch sprach, des Hinweises auf die berühmt gewordene Hypothese des scharfsinnigen Pathologen Cohnheim, demzufolge die malignen Geschwülste auf versprengte Embryonalzellen zurückzuführen seien.

Reclams Universum, die moderne illustrierte Wochenschrift, die sich im Verlage von Philipp Reclam jun. in Leipzig zu einer der bestgeleiteten und vornehmsten deutschen Zeitschriften entwickelt hat, veranstaltet anläßlich des im Oktober beginnenden 25. Jubiläumsjahrganges ein großes Roman-Preisausschreiben, wie es bezüglich der ausgesetzten Summe der deutschen Schriftstellerwelt bis jetzt noch nicht geboten worden ist. Es wird für einen Roman im Mindestumfange von 120 Spalten das Riesenhonorar von Mk. 30.000 geboten, ein Honorar, dessen Höhe der Laie am besten verstehen kann, wenn er sich ausrechnet, daß dem preisgekrönten Schriftsteller unter Umständen jedes Wort mit zirka Mk. 1 bezahlt wird.

V. Eingesendet.

Kundmachung.

Dr. Emanuel Bunzelsche Witwen- und Waisen-Stiftung in Wien. Aus den Interessen dieser Stiftung sind für das Jahr 1908 28 Stiftplätze à K 200·— (14 an Christen, 14 an Israeliten) zu verleihen. Diese Stiftplätze können nur an arme Witwen respektive Waisen (bis zum 16. Jahre K 100.—) nach in Wien promovierten Doktoren der Medizin, welche österreichische Staatsbürger und deutscher Nationalität waren, verliehen werden. Bewerberinnen um einen Stiftplatz haben ihre mit dem Tauf- oder Geburtsscheine, dem Doktordiplome ihres verstorbenen Gatten resp. Vaters und dem Nachweise der deutschen Nationalität, welcher erbracht erscheint, wenn die Unterstützungsbewerberin bezw. bei Waisen die Eltern bei der letzten Volkszählung die deutsche Sprache als Umgangssprache angegeben hat, belegten Gesuche bis längstens 1. Oktober d. J. beim Wiener mediz. Doktoren-Kollegium, I., Rotenturmstraße 19 (van Swietenhof), zu überreichen.

Wiener mediz. Doktorenkollegium.



Nr. 163.

Die

Gemeindearztensstelle

der **Gruppe Schrattenthal** gelangt am 30. Juni l. J. zur Besetzung. Die Gruppe besteht aus sechs Gemeinden mit 2533 Einwohnern. Die Gemeindebeiträge belaufen sich auf 596 Kronen, die Landessubvention beträgt 400 Kronen. Es ist ebenes Terrain mit bequemen Verbindungsstrassen.

Die **Gesuche** sind bis **30. Juni l. J.** dem **Bürgermeisteramt** in **Schrattenthal** zu überreichen.

Schrattenthal, am 1. Juni 1908.

Bürgermeisteramt Schrattenthal

pol. Bez. Oberhollabrunn.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels**. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/₂, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels**.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 27. Wien, 4. Juli 1908. Nr. 27.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13313) zu senden.

Die Ernährung der Herzkranken in den Bädern.

Von **Dr. Max Hirsch**, Kudowa.

(Fortsetzung.)

Wir werden in der Ernährung unterscheiden müssen zwischen unterernährten und überernährten Patienten. Ersteren, den Unterernährten, müssen wir eine reichere Menge von Nährstoffen einverleiben. In welcher Form, ist wieder individuell auszuwählen. Die Zahl der Kalorien, die Verteilung von Eiweiß, Fett und Kohlehydraten, und die Gewichtskurve der Patienten werden die Entscheidung von Fall zu Fall treffen lassen. Größere Mengen von Nahrung auf die einzelnen Mahlzeiten zu verteilen, wird nicht empfehlenswert sein, da wir dann die Schäden hervorrufen würden, welche die Überladung des Magens zur Folge hat. Es bleibt uns also nur übrig, die Zahl der Mahlzeiten zu erhöhen, was sich übrigens nicht schwer erreichen läßt. Am besten ist es, wenn man die drei Hauptmahlzeiten innehalten läßt, und je nach Bedarf zwei bis drei Zwischenmahlzeiten einschaltet, eventuell auch noch morgens im Bett Nahrung reicht. Gemischte Kost ist in diesen Fällen die einzig rationelle Ernährung. Sie ermüdet den Patienten nicht und läßt durch reiche Abwechslung ihn genug Kalorien aufnehmen. Im allgemeinen wird schon dem Patienten an Eiweiß eine genügende Menge gegeben werden; es wird gewöhnlich von den Leuten, welche herzkranke Patienten ordentlich pflegen wollen, eher darin des Guten zuviel getan. Auch Fett wird im allgemeinen genügend gegeben werden, zumal nach Einhorn etwa $^1/_4$ Pfund Butter täglich genügt, also ein nicht gerade erhebliches Quantum. Bei dieser Gelegenheit sei erwähnt, daß nach v. Rechenberg unter allen Fettarten Butter eventuell Sahne den Vorzug verdienen. Gewöhnlich mangelt es in der Ernährung an Kohlehydraten, die man im allgemeinen für minderwertige Nahrungsmittel hält. Das ist aber keineswegs der Fall. Die Kohlehydrate sind es gerade, die dem Körper am leichtesten assimiliert werden, die ihm also seine Reservestoffe am besten zuführen und schließlich den Vorzug besitzen, gute Vehikel für Fett zu sein. Allein genossen, wird Fett dem Patienten schnell über, dagegen läßt es sich als Zusatz zu Brot oder Kartoffeln leicht in größerer Menge aufnehmen. Schließlich haben die Kohlehydrate noch den Vorzug, den Kot voluminöser zu machen und so auf die Verdauung und Stuhlentleerung gut einzuwirken, ein Vorteil, den namentlich Ad. Schmidt betont. Dazu kommt noch als Ernährung eine je nach der Toleranz des Patienten genügende Flüssigkeitszufuhr. Das beste Getränk wird für Herzkranke die Milch sein. Wenn diese nicht vertragen wird, kann sie durch Kefyr, Yoghurt usw. ersetzt werden. Flüssigkeitsentziehung schafft einmal Stuhlverstopfung, dann aber wirkt sie nach v. Leyden auf den Appetit höchst ungünstig ein.

Die übermäßige Fettablagerung am Herzen (wohl zu unterscheiden von der fettigen Degeneration des Herzmuskels), das Mastfettherz nach Kisch, ist dadurch insuffizient, daß es vom Fett umlagert wird und infolgedessen in seinen Kontraktionsbewegungen gehemmt wird. Besonders schädlich ist das Mastfettherz, wenn das Fett die Koronararterien entlang und an den Ventrikelwandungen in die Tiefe wächst, wodurch die Muskulatur infolge des Druckes atrophisch wird. Die Behandlung dieser Mastfettherzen ist in der Hauptsache eine diätetische. Kisch empfiehlt: „Vermeidung jeden Übermaßes in der Zufuhr der Nahrungsstoffe, Herabsetzung der Menge der letzteren auf ein geringeres als den Fettleibigen bisher gewohntes Maß, jedoch mit Einhaltung der Grenze, bei welchem der Körper auf seinem stofflichen Bestandteile erhalten werden kann“. Schon Bamberger erklärte es für „eine ganz verwerfliche Methode, die Kranken einer konsequenten Entziehungskur zu unterwerfen“ und betont, daß die Nahrung den Anforderungen des Körpers vollkommen gerecht werden müsse. Vor allem ist auf eine Einschränkung der Kohlehydrate zu achten, dann des Fettes; aber darauf ist Rücksicht zu nehmen, daß keine Eiweißverarmung des Körpers eintritt. Dazu kommt als wichtiges Diätetikum die Flüssigkeitsentziehung, wie sie v. Oertel empfohlen hat, und die heute in Verbindung mit seiner Terrainkur als wichtiger Heilfaktor in der Behandlung von Herzkrankheiten allgemein eingeführt worden ist. Oertel, welcher eine hydrämische Plethora, also einen übermäßigen Wasserreichtum des Blutes bei Herzkranken annimmt, hält eine tägliche Flüssigkeitsaufnahme von 1200 *g* für ausreichend. Kraus, der zwar nicht der Ansicht ist, daß eine übermäßige Flüssigkeitszufuhr eine Hydrämie hervorruft, empfiehlt, die tägliche Flüssigkeitszufuhr im Anfange auf 1500 *g* herabzusetzen und allmählich sogar bis auf 800 *g* hinunterzugehen

Viel schwieriger liegt die Frage der Ernährung bei unkompensierten Herzfehlern. Herzkranke ohne Kompensation sind in ungleich geringerem Maße Besucher der Bäder als die Herzkranken mit kompensierten Klappenfehlern, aber doch nicht so selten, daß auf sie keine Rücksicht zu nehmen wäre, die um so eher am Platze ist, als ihre Behandlung die größte Umsicht erfordert. Hier müssen wir stets damit rechnen, schwerkranke Patienten vor uns zu haben, bei denen jeder Fehler in der Diät die folgenschwerste Bedeutung gewinnen kann. Der Behandlung fällt bei diesen Kranken die Aufgabe zu, den Herzmuskel so zu kräftigen, daß er wieder in den Stand gesetzt wird, eine Kompensation zu schaffen. Diese Kranken fühlen sich auch krank und in der Ernährung hat die Indicatio morbi oft genug der Indicatio vitalis zu weichen. Das Kardinalsymptom der Kompensationsstörung ist das Ödem und der Aszites. Gegen die Wassersucht hat sich auch die Therapie zuerst zu richten. Solange die Kompensationsstörungen nur gering sind, genügt oft, wie sich Romberg klassisch ausdrückt, „die Beschränkung des Übermaßes". Alle Flüssigkeiten, ob sie alkoholartig sind oder nicht, sind möglichst stark einzuschränken, besonders jedoch die kohlensäurehaltigen Getränke, die den Magen und Darm aufblähen und auf das schon ohnehin angestrengte Herz einen starken Druck ausüben. Oft müssen wir indessen die Einschränkung sehr weit treiben. Dabei aber heißt es, nicht zu schroff vorzugehen, sondern die Flüssigkeitsentziehung nur allmählich vorzunehmen, wenn man nicht die allerschwerste Erscheinung des Herzkranken, die Herzschwäche, hervorrufen will. Gegen das Durstgefühl genügt oft das Benetzen der Lippen oder das Ausspülen des Mundes mit Wasser oder Zitronenwasser, Schlucken von Eisstückchen usw. Wir dürfen uns also bei der Entziehung nicht zu den Hunger- und Durstkuren versteigen, die Valsalva und Albertini in der Mitte des 18. Jahrhunderts in Verbindung mit der Verblutungskur durch fortwährende Aderlässe bei Herzkranken in Anwendung brachten, Maßnahmen, welche Bamberger für eine traurige Erfindung jener Zeit erklärte. Zu starke Wasserentziehung hat auch leicht Verstopfung zur Folge, die dem Herzkranken sehr schädlich werden kann und auf die alle Autoritäten großes Gewicht legen. Gerade bei Kranken mit unkompensierten Herzfehlern kommt es bei zu starker Anwendung der Bauchpresse in der Stuhlentleerung nicht selten zu plötzlichen Todesfällen, namentlich bei Arteriosklerose. Dann auch wirkt Wasser mitunter diuretisch und entzieht dadurch dem Körper wesentlich mehr Flüssigkeit, als seine Einverleibung ihm zuführt. Als Getränk möchte ich bei diesen schweren Herzkrankheiten ganz besonders die Milch empfehlen, da sie ja doch einen hohen Nährwert besitzt. Wenn sie dem Magen lästig wird, dann empfiehlt sich nach Eichhorst der Zusatz von Kalkwasser oder von Kognak. Ebenso ist die Quantität der Speisen nur allmählich zu verringern. Solche Kranken müßten schon häufiger, vielleicht alle zwei Stunden, kleine Mahlzeiten zu sich nehmen und während der Mahlzeiten nicht trinken. Dann aber werden gerade diese Kranken besonders darauf achten müssen, die Gasbildung im Magendarmkanal zu verhindern und aus diesem Grunde alle blähenden Speisen und kohlensäurehaltigen Getränke strengstens vermeiden. Dabei muß für eine genügende Menge von Eiweiß in der Nahrung gesorgt werden, umsomehr, als die serösen Exsudate außerordentlich reich an Eiweiß sind und dem Körper eine Unmenge dieses für ihn so wichtigen Nährstoffes entziehen. Nimmt die Kompensationsstörung zu, dann müssen wir auch einmal künstliche Nährpräparate in Anwendung bringen, und zwar stark eiweißhaltige, an denen wir ja jetzt keinen Mangel haben. Ich bevorzuge die Fortose, die sich in Wasser und Alkohol außerordentlich schnell löst, einen angenehmen Geschmack hat und das Eiweiß in größerer Menge in einem schon vorverdauten Zustande enthält. Will ich Pflanzeneiweiß anwenden, dann empfehle ich Glidine, Gräditzer Eiweißweizenmehl u. a. m. Daß die Ernährung natürlich von Reizmitteln frei, also im strengsten Sinne des Wortes eine blanke Diät ist, und nichts enthalten darf, was den Durst reizen könnte, bedarf wohl nur einer kurzen Erwähnung. (Schluß folgt.)

Die Bedeutung der modernen Syphilisforschung für die Bekämpfung der Syphilis.

(Schluß.)

Es ist nun weiter die Frage aufgeworfen worden: Ja, beweisen denn die positiven Fälle überhaupt, daß stets noch Symptome da sind? Können die positiven Fälle nicht vielleicht der Ausdruck einer Syphilisimmunität sein? Da muß folgendes gesagt werden: Alles, was bisher zugunsten einer Syphilisimmunität angeführt ist, ist nicht beweiskräftig. Die Syphilisimmunität, die eine Zeitlang als Dogma gegolten hat, hat heutzutage keinen einzigen festen Stützpunkt mehr. Ich gehe noch nicht so weit wie Neisser, der sagt, daß die Syphilisimmunität schon ein vollkommen überwundener Standpunkt ist. Allein es ist zuzugeben, daß alle die Erscheinungen, die wir als Syphilisimmunität gedeutet haben, wohl auf das Bestehen der Syphilis bezogen werden können, daß alle diese komplizierten Fälle von Collesschem und Profataschem Gesetz sich serologisch immer in derselben Weise aufklären. Wer sagt Ihnen, ob nicht, wenn Vater, Mutter und Kind alle drei Reagine haben, alle drei syphilitisch infiziert sind, und daß nur die Infektion bei ihnen in anderer Form verläuft oder bei ihnen latent bleibt, so daß die scheinbare Immunität der Mutter oder des Kindes nur die Erscheinung ist, daß bei vorhandener Syphilis eine Reinfektion schwerer erfolgt und anders verläuft. Viele Fälle haben ja später auch ihre klinische Erklärung in diesem Sinne gefunden. Man hat gesehen, daß Mütter — solche Fälle sind von Lewin schon vor Jahren publiziert worden — die mit einem syphilitischen Ehegatten syphilitische Kinder gebaren, in einer zweiten Ehe das gleiche taten, obwohl der neue Ehegatte gesund war, und ähnliche Dinge.

Endlich spricht für die Infektiosität dieser Fälle, auch wenn gar keine Symptome vorhanden sind, doch auch der Fall, den Herr Blaschko in der letzten Sitzung zitiert hat, der Tierarzt, der bei vollkommenem Fehlen jeder Syphilis eine positive Reaktion hatte und dessen Verhältnis plötzlich einen Primäraffekt bekam.

Also ich meine, daß derartige Dinge uns gewisse Schlüsse erlauben.

Fragen wir uns nun, wie weit diese individuelle Therapie, die als Endziel hat, die Behandlung so lange fortzusetzen, bis eine negative Reaktion eintritt, zur Bekämpfung der Syphilis als Volkskrankheit dienen kann. Hier müssen wir uns auf den Standpunkt der Kochschen Seuchenbekämpfungslehre stellen, welche verlangt, daß die ätiologische Diagnose nicht nur bei den Erkrankten, sondern auch bei den Angehörigen usw. der Kranken, sowie der Rekonvaleszenten gestellt wird, um dann gegen die gesunden „Bazillenträger" wie gegen die Kranken selbst vorzugehen. Setzen Sie bei der Syphilis an Stelle der Bazillenträger die Menschen mit positiver Reaktion und an Stelle der Isolierung die spezifische Therapie, so haben Sie den Kern der Syphilisseuchenbekämpfung. Man achte bei dem Kampf gegen die Syphilis deshalb nicht nur auf die Kranken, man untersuche die anscheinend gesunde Frau, das gesunde Kind, die gesunde Amme. Was den Ehekonsens betrifft, so muß ich zunächst einem Mißverständnis entgegentreten, das sich bei einigen Autoren, die sich, meiner Anregung folgend, mit dieser Frage beschäftigt haben, eingeschlichen hat. Es ist behauptet worden, ich hätte gesagt, die positiven Fälle dürfen keinen Ehekonsens bekommen. Nun, ich lege Wert darauf, daß sich dieser Irrtum nicht weiter verbreitet, und ich lasse deshalb die Stelle meiner diesbezüglichen Publikation folgen. Ich sagte:

Auch bei der Entscheidung der Frage des Ehekonsens dürfte die Serodiagnostik mit Vorteil angewendet werden. Allein gerade hier ist eine besonders große Vorsicht bei der



Begutachtung notwendig. Heute liegen in der Regel die Verhältnisse so, daß, wenn die Infektion mehrere Jahre zurückliegt und klinische Erscheinungen fehlen, der Ehekonsens erteilt wird. Würde nun in einem solchen Fall die Serumuntersuchung einen hohen Antikörpergehalt ergeben, so müßte man vermuten, daß die Syphilis noch nicht geheilt sei, und es müßte zum mindesten noch eine Schmierkur vor der Eheschließung empfohlen werden, während ein negativer Serumbefund die Wahrscheinlichkeit der Heilung sehr erhöhen würde. Freilich kann auch ein negativer Befund keineswegs eine absolute Garantie vor Fehlern bieten, denn wir dürfen nicht vergessen, daß es refraktäre Organismen gibt, die selbst bei manifesten Symptomen keine Antikörper zu bilden vermögen.

Ich vertrete heute noch genau denselben Standpunkt, möchte also den Leuten, welchen wir nach unseren klinisch-empirischen Erfahrungen die Ehe erlauben können, auch bei einem positiven Serumbefund die Ehe heute noch nicht verbieten, weil wir den Leuten zurzeit noch nicht mit genügender Sicherheit sagen können, ob und wann es unseren therapeutischen Bestrebungen gelingen wird, sie zur negativen Reaktion zu bringen, gewichtige Gründe sozialer Natur aber oft die Ehe notwendig machen. Natürlich kann ich in positiven Fällen die Ehe nicht anraten. Ich würde mich begnügen, eine Kur zu verordnen, und weitere serologische Beobachtung zu empfehlen, im Falle die Frau eine Schwangerschaft akquiriert, der Frau, auch ohne daß Symptome vorliegen, eine serologische Untersuchung empfehlen, damit eventuell rechtzeitig eine Therapie eingreifen kann. Bei negativem Serumbefund und genügend langer Latenzzeit haben wir gar keinen Anhaltspunkt, daß noch etwas luetisches vorliegt, haben folglich auch keine Veranlassung, diese Leute unnütz eine spezifische Therapie durchmachen zu lassen oder die Ehe zu verbieten.

Das Ziel der Syphilisbekämpfung als Volkskrankheit sollte, wie ich erwähnte, sein, durch spezifische Therapie alle Syphilitiker und eventuell deren Familienmitglieder zu einer negativen Serumreaktion zu bringen. Nur eine Ausnahme lasse ich notgedrungen gelten, und diese Ausnahme betrifft die wichtigste Infektionsquelle der Syphilis, nämlich die Prostitution. Ich würde es für unausführbar und nicht einmal für wünschenswert halten, bei einer Prostituierten die Behandlung so weit fortzusetzen, bis sie eine negative Reaktion bekommt; hier würde die gegenwärtige symptomatische Therapie vorzuziehen sein; denn wir würden mit der serologischen Therapie nichts weiter erreichen, als daß die Prostituierte aus dem spätlatenten, wenig infektiösen Zustand in den primären und sekundären Zustand durch eine neue Infektion versetzt wird, in dem sie nun infektiöser wirkt. Dieser Frage ist jedoch sicher heute zur Entscheidung noch nicht spruchreif, sie muß vorerst Gegenstand weiteren Studiums und eingehender Diskussion sein.

Ich bin mit dem wesentlichen, mit dem wichtigsten Kapitel, mit dem wir uns hier heute beschäftigen, fertig, und ich kann bei der mir zur Verfügung stehenden Zeit nur anhangsweise mit ganz wenigen Worten die postsyphilitischen Erscheinungen, die Tabes und die Paralyse, hier erwähnen. Die Tabes und Paralyse haben ungefähr in dem gleichen Verhältnis, sagte ich, wie die Syphilis eine positive Reaktion ergeben. Allein es haben sich doch bei meinen Untersuchungen über die Tabes einige Dinge gezeigt, die uns auffordern, der Frage näher nachzugehen, ob wirklich alle Fälle von Tabes syphilitischen Ursprunges sind. Es haben sich unter 65 Fällen, die ich untersucht habe, 7 Fälle von Tabes gefunden, in denen nicht nur klinisch und anamnestisch, sondern auch serologisch kein Anhaltspunkt für Lues vorliegt, und es hat sich das merkwürdige ergeben, daß unter diesen 7 negativen Fällen 3 Bleiarbeiter waren, während unter allen meinen anderen Fällen kein einziger war. Ich gehe nicht so weit, zu sagen, daß in diesen Fällen keine Syphilis vorgelegen hat. Allein ich glaube doch, daß man diesem Problem näher nachgehen muß und weiter nachforschen muß, ob es nicht außer der Syphilis, die in zirka 90% der Fälle sicher die Ursache der Tabes ist, weitere Möglichkeiten für die Entstehung einer Tabes gibt. (Berl. klin. Wochenschr. 1908.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Die ärztliche Reservearmee. — Das Kartell der Sanatorien. — Die Sanitätsstation im X. Bezirk.

Wir haben in der vorangehenden Wochenschau ausgeführt, daß die ärztliche Reserve, jene Summe stellenloser Ärzte, ein Hindernis für jede Besserung der Lage ist. Daher muß jede aussichtsreiche Reformaktion von ihr den Ausgang nehmen.

Nur darf man dabei nicht schematisch verfahren und etwa einfach die sozialistische Doktrin auf die Ärzte anwenden. Die industrielle, proletarische Reservearmee kann nur durch eine vollständige Änderung der jetzigen Gesellschaftsordnung beseitigt werden, so lautet die sozialdemokratische Theorie. In der Praxis haben es die Sozialdemokraten aber verstanden, durch eine ausgezeichnete Organisation die Wirkung dieser Reservearmee vielfach aufzuheben.

Nun, wir stellen nicht einmal in der Theorie die Änderung der Gesellschaftsordnung als nötig zur Sanierung des ärztlichen Standes auf. Wir verlangen nicht die Verstaatlichung des Ärztestandes, wenn wir auch zugeben, daß sie jedenfalls besser wäre als die jetzige Lage. Wir verlangen ein drittes: Man schaffe den stellenlosen Ärzten einen standesgemäßen Erwerb!

Sehr einfach, wird man einwenden, aber nicht ausführbar. Warum denn nicht? Es handelt sich ja nicht um die Tausende und Abertausende, die das Industrieproletariat darstellen, es handelt sich um 100, höchstens 150 Personen; und diesen kann man helfen, wenn man nur will.

Das erste Mittel ist, zu verhindern, daß der Kampf ums Dasein dieser Ärzte nicht unnötig und übermäßig erschwert wird. Und da wollen wir gleich den Finger auf eine schwärende Wunde legen, auf das Kartell der Sanatorien.

Diese Sanatorien entwickeln sich immer mehr auf Kosten und auf den Rücken der praktischen Ärzte zu großkapitalistischen Unternehmungen, die den Ärzten, denen sie ihr Emporblühen verdanken, Gesetze diktieren wollen. Die Wiener Sanatorien haben ein Kartell geschlossen, demzufolge sie einen Arzt, der bereits in einem Sanatorium in Stellung war und diese — aus welchem Grunde immer — verlassen hat, nicht mehr in eine neue Stellung aufnehmen. Dieses unwürdige Kartell hat nicht nur die Folge, daß der Anstaltsarzt, solange er in Stellung ist, den Launen des betreffenden „Direktors" schutzlos preisgegeben ist, sondern auch die, daß er natürlich, sobald er nolens volens seine Stelle aufgibt, dauernd stellungslos bleibt und die ärztliche Reservearmee vergrößert.

Wir bringen hiemit diese modern-unmoderne Sklaverei der Wiener Ärzte zur Kenntnis der Wiener Ärztekammer; wir sind neugierig, was sie in der Sache unternehmen wird. Daß wir in bezug auf die Organisation uns von den Arbeitern beschämen lassen, haben wir bereits erwähnt; aber wir lassen uns auch vom Mittelstande überflügeln. So gedachten die P. T. Paschas der Wiener Versicherungsgesellschaften ein ähnliches Kartell über ihre Angestellten zu verhängen; die Beamten aber organisierten sich und erstickten im Keime diesen Plan. Nur wir Ärzte lassen uns ein solch schimpfliches Joch aufzwingen und murren nicht einmal darüber.

Also, liebe Ärztekammer, zeige einmal deine Daseinsberechtigung; wir haben unsere publizistische Pflicht getan.

Freitag den 19. Juni wurde die neue Sanitätsstation in der Arsenalstraße im X. Bezirke dem Betrieb übergeben. Die Gemeinde Wien verfügte bisher über zwei Sanitätsstationen in XVII. und XX. Bezirke mit großen Dampfinfektionsapparaten und zwei kleineren Stationen im V. und XIV. Bezirke



mit ungenügenden, unmodernen Desinfektionseinrichtungen. Das fortwährende Anwachsen der Transporte und Desinfektionen, namentlich infolge der Einverleibung des XXI. Bezirkes, machten die Erbauung einer neuen leistungsfähigen Station dringend notwendig. Die Schwierigkeiten bei der Auswahl des Platzes, ungünstige Witterungsverhältnisse und die Notwendigkeit, daß erst Erfahrungen über die Zentralisierung der Wohnungsdesinfektion gesammelt werden mußten, verzögerten den Bau. Die Pläne der neuen Sanitätsstation, deren Bauarea 8135 m^2 beträgt, wurden von dem Stadtbauamte im Einvernehmen mit dem Stadtphysikate verfaßt. Sie haben, wie die Rathauskorrespondenz versichert, eine solche Ausgestaltung der Station ermöglicht, daß allen bewährten modernen Anforderungen der Hygiene Rechnung getragen werden konnte und daß die Station einen Vergleich mit den besten Anstalten des Kontinentes nicht zu scheuen braucht. Sie besteht aus einem unterkellerten einstöckigen Verwaltungsgebäude, an welches sich zu beiden Seiten langgestreckte ebenerdige Trakte anschließen, in welchen Räume für die Mannschaft, die Pferde und Wagen untergebracht sind. Hinter dem Verwaltungsgebäude und in seiner Mittelachse steht das Desinfektionsgebäude, ebenfalls einstöckig, das auch die Wäscherei und Badeanlage enthält. An das sind ebenfalls zu beiden Seiten weitere Wagenremisen angebaut. Hinter dieser Mittelgruppe steht ein ebenerdiges Gebäude zur Unterbringung, Isolierung und Beobachtung seuchenverdächtiger Personen. Die ganze Anstalt ist durch Abmauerung in der Mittelachse des Verwaltungsgebäudes in eine unreine und reine Hälfte geschieden und es ist der Betrieb für jede der beiden Hälften streng gesondert, so daß jede Hälfte ihre eigene Mannschaft sowie eigene Pferde besitzt. Die beiden Dampfdesinfektionsapparate sind so leistungsfähig, daß die neue Station die Dampfdesinfektion aus zehn Bezirken (Landstraße, Wieden, Margareten, Mariahilf, Favoriten, Simmering, Meidling, Hietzing, Rudolfsheim und Fünfhaus) soll besorgen können. Die Baukosten belaufen sich auf rund K 362.000, die Kosten der Desinfektionsanlage auf K 12.800, der Wäscherei auf K 12.000, der inneren Einrichtung auf K 11.500, somit die Gesamtkosten der Station auf K 398.300, mit Hinzurechnung des Grundwertes K 480.300. Ferner liegt beim Stadtrat auch eine Vorlage über die Regelung des Dienstverhältnisses der Sanitätsmannschaft, durch die den berechtigten Wünschen des Personals vollauf entsprochen werden soll.

Internationaler Laryngo-Rhinologenkongreß.

Wien 20.—25. April 1908.

(Fortsetzung.)

Prof. Moure sprach über Kehlkopfoperation. Man muß in den Fällen von bösartigen Neugebilden die Operation in derselben Sitzung machen, in welcher man die Tracheotomie durchführt. Es ist nicht zweckmäßig, die Operation zweiseitig auszuführen. Wenn man die Tracheotomie macht, ist es nützlich, sofort einen Zusammenhang der Laryngo- und Trachealwunde herzustellen. Um Verletzungen der Trachealringe zu vermeiden, schlägt Moure vor, eine besondere Kanüle einzuführen, die den Druck in der Trachea auf ein Minimum herabsetzt und leicht einführbar ist.

Das Referat von Prof. Gleitsmann, über die Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege lautete: In der Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege haben wir in der letzten Dekade entschieden Fortschritte gemacht, teils durch Einführung neuer Methoden, teils durch striktere Indikationsstellung bei bekannten älteren Eingriffen. Doch zeigt schon die in der Literatur angegebene überraschend große Anzahl empfohlener Mittel, daß dieselben nicht allgemein adoptiert wurden und in anderen Händen nicht die gewünschten Resultate zeigten, so daß mit Ausnahme von ausgesprochenen Anhängern eines bestimmten Verfahrens die von Gleitsmann in einem Vortrage der Newyork Academy of Medicine 1904 gemachte Bemerkung auch jetzt noch wenig Widerspruch erfahren dürfte, nämlich, daß kaum je zwei Laryngologen denselben Fall von Larynxtuberkulose in gleicher Weise behandeln würden.

Es wurde hierauf die Tuberkulose der Nase, der Nasennebenhöhlen, des Nasenrachenraumes, des Kehlkopfes einer eingehenden Besprechung unterzogen.

Es ist selbstverständlich, daß die bekannten diätetischen, hygienischen, klimatischen Maßregeln um so weniger außer acht gelassen werden dürfen, da die Mehrzahl der Patienten auch an Lungentuberkulose leiden.

Chirurgische Eingriffe sowie Milchsäure, Galvanokaustik, werden immer ihre volle Geltung bewahren und insbesondere wird letztere gegenwärtig vielseitig empfohlen. Vor neueren Methoden ist Holländers Heißluftkauterisation, sind die verschiedenen Arten der Strahlenbehandlung, Finsenlicht, Sonnenstrahlen mit oder ohne fluoreszierendem Mittel zu nennen. Auch dürfen wir bei fortgesetzten Versuchen mit Röntgenstrahlen und Radium noch weitere und bessere Erfolge erwarten. Referent hat von chirurgischen Eingriffen, von Galvanokaustik, Milchsäure bei Ulzerationen und von Anwendung von Tuberkulinpräparaten in geeigneten Fällen seine besten Erfolge gehabt.

Hennig sprach über den Einfluß der deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberkulosen der oberen Luftwege. Der Einfluß der deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberkulosen der oberen Luftwege im Anfangsstadium ist außerordentlich günstig. Ganz besonderen Vorteil von einem längeren Aufenthalt an obgenannten Meeren, besonders an der Ostsee, haben diejenigen Tuberkulosen der oberen Luftwege, die sich auf skrophulöser, anämischer oder chlorotischer Grundlage infolge allgemeiner Körper- oder Nervenschwäche entwickelt haben.

Die Ostsee eignet sich im allgemeinen weit mehr für die Behandlung der Tuberkulosen der oberen Luftwege als die Nordsee (windgeschützte Lage der Kurorte, ausgedehnte Waldungen, bequemere Verbindungen usw.).

Die klimatische Kur muß mit einer geeigneten balneologischen, hygienisch-diätetischen, Inhalations- und medikamentösen Kur verbunden werden. Weitausgedehnte Tuberkulosen der oberen Luftwege im Vereine mit vorgeschrittener Lungen- oder Intestinaltuberkulose bilden eine Gegenanzeige für einen Aufenthalt in den Kurorten am deutschen Meeresgestade.

Dozent Dr. Jörgen Möller, Kopenhagen, lieferte Beiträge zur Kenntnis des Mechanismus der Brust- und Falsettstimme. Möller versucht durch Röntgenuntersuchung die gegenseitige Stellung des Schild- und Ringknorpels bei Brust- und Falsettönen verschiedener Höhe zu bestimmen, um Aufschluß namentlich über die Wirkungsweise des Musculus crico-thyreoideus zu gewinnen.

Die internationalen Laryngo-Rhinologen-Kongresse. Nach dem Vortrage von Prof. Dr. A. Inrasz, Heidelberg.

Der bisherige Verlauf der Sitzungen wird wohl bei allen den Wunsch wachgerufen haben, es möchte nicht das letztemal sein, daß wir uns als Laryngologen zusammengefunden, um in die Vorratskammer unserer Wissenschaft immer neue und reichliche Früchte zu tragen und das weitere Gedeihen der Laryngo-Rhinologie zu fördern. Bei dem sich nahenden Schlusse unserer Tagung ist es also notwendig, eine Entscheidung zu treffen, ob wir uns wieder als Laryngologen zu einem internationalen Kongresse versammeln oder nicht und wo und wann dies geschehen könne.

Der Redner gedachte des ersten internationalen Laryngologenkongresses im Jahre 1880 in Mailand, an dem der im Saale anwesende Prof. Labus in hervorragender Weise beteiligt war. Er empfahl es nicht, die Laryngologie mit der Otologie auf den internationalen Kongressen zu vereinigen. Es ist in einem kurzen Referate unmöglich, das „Für“ und „Wider“ der ganzen Kongreßangelegenheit breit und erschöpfend zu illustrieren. Niemand kann bestreiten, daß auf dem Wiener Kongresse redliche wissenschaftliche Arbeit geleistet worden ist, und daß wir allen Grund haben werden.



uns über die reiche Ernte unserer Tagung zu freuen. Die Laryngologie hat der ganzen Welt einen neuen Beweis ihres vollen Aufstrebens ihrer Lebenskraft und ihrer Leistungsfähigkeit erbracht. Damit ist ein neuer und wichtiger Anhaltspunkt gewonnen, um die brennende Kongreßfrage nicht vom kleinlichen, materiellen oder gar persönlichen, sondern vom idealen und wissenschaftlichen Standpunkte aus einer definitiven Lösung entgegenzuführen. „Mögen unsere heutigen Beratungen im Geiste der Begründer der Laryngologie, zu deren Gedenkfeier wir uns hier versammelt haben, ihren Gang nehmen, und mögen wir dessen eingedenk sein, daß sich jetzt der bekannte, entsprechend modifizierte Ausspruch auch auf uns bezieht: Videant consules, ne quid detrimenti respublica laryngologica capiat! (Die führenden Männer mögen vorsorgen, daß die Wissenschaft von der Laryngologie nach keiner Richtung geschädigt werde!)„ (Lebhafter Beifall.)

An den Vortrag von Prof. Jurasz knüpfte sich eine lebhafte Debatte. Hofrat Chiari stellte dem Auditorium die Fragen, erstens ob der internationale Laryngo-Rhinologen-Kongreß in bestimmten Zeitintervallen stattfinden soll, zweitens ob derzeit bestimmt werden soll, wann und wo der zweite Kongreß zusammentreten werde.

Prof. Sir Felix Semon schlug vor, zu diesem Zwecke ein internationales Komitee einzusetzen und diesem die Entscheidung der Frage, wann und wo der zweite Kongreß stattfinden soll, zu überlassen. (Lebhafter Beifall.) Sir F. Semon empfahl, folgende Herren in das Komitee zu berufen: für Österreich den Hofrat Chiari, für Deutschland den Geheimen Medizinalrat Prof. Fränkel, für Frankreich Prof. Moure, für Italien Prof. Massei, für Rußland Dr. Hellat, für die Vereinigten Staaten von Nordamerika Prof. Lefferts. Dieser Antrag wurde mit lebhaftem Beifall zum Beschluß erhoben.

(Schluß folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Den Hygienikern mußte man es nachsagen, daß sie es trefflich verstehen, mit der Hygiene des Leibes auch die Hygiene des Geistes zu pflegen. Fast ohne Unterbrechung, mit einer halbstündigen Pause, verhandelte die VIII. Sektion. Der Vortrag: Krankheitsschema für Krankheits- und Todesursachenstatistik; Die Krankheitsverzeichnisse der deutschen Heilanstalts- und Todesursachenstatistik von Regierungsrat Dr. Würzburg, Charlottenburg, hatte ein begrenztes Interesse. Allgemeine Beachtung verdienen die Ausführungen über Sterblichkeit und Wohlhabenheit.

So lautete das Thema der Herren Professor Dr. Neefe Breslau und Dr. K. Singer, Direktor des Statistischen Amtes der Stadt München. Wenn es auch noch keine wissenschaftlich objektive und ganz einwandfreie Methode gibt zur genauen Feststellung des Einflusses, den die mehr oder minder große Wohlhabenheit auf die Sterblichkeit einer Gesamtbevölkerung ausübt, so lehrt doch die alltägliche Erfahrung, daß ein solcher Einfluß unbestreitbar ist. Unverkennbar nehmen die Wohlhabenden eine ganz bevorzugte Stellung gerade in manchen Krankheitsfällen ein. Besonders gilt dies für das erste Kindesalter und Lungentuberkulose. Freilich machen seltsamerweise mancherlei Krankheiten keinerlei Unterschiede. Dahin gehören besonders die Erkrankungen des Nerven- und des Verdauungssystems. Die moderne Hygiene hat aber auch eine weitere allgemeine Abminderung des Unterschiedes in der Sterblichkeit herbeigeführt. Das ist der schönste praktische Triumph der vielfältigen Maßnahmen, welche wir der wissenschaftlichen Erkenntnis zu verdanken haben. Die Hygiene der Ernährung, der Wohnung, die Berufshygiene usw. sind die Ursachen für diese Erscheinung. Deshalb dürfen wir auch hoffen, daß die Fortsetzung dieser Maßnahmen, unterstützt durch die Organisationen der arbeitenden Klassen und das wachsende Verständnis der breiten Massen für Hygiene, immer mehr dazu beitragen wird, die Unterschiede zwischen den verschiedenen Klassen zu verringern und die Sterblichkeit auch in den ärmeren Klassen auf das durch die Natur gesetzte Maß herabzusetzen.

Pestrattenschiffe.

Der Hamburger Hafenarzt Dr. Giemsa hat sich zu dieser Frage auf dem Berliner Kongreß für Hygiene und Dermographie folgendermaßen geäußert:

1. Um die Verschleppung der Pest durch Pestrattenschiffe zu verhüten, müßten sämtliche Schiffe, die an den Kais pestverseuchter Häfen vor Anker gelegen oder dort Ladung genommen haben, bevor sie in andere Häfen einlaufen, mit sicheren Mitteln von lebenden Ratten befreit werden, damit nicht pestinfizierte Tiere beim Löschen der Ladung an Land gelangen und die Seuche unter den dort befindlichen Ratten weiter verbreiten.

2. Diese Maßnahmen, die immer mit einem gewissen Zeitverlust verbunden sind, würden bei dem überaus regen Schiffsverkehr, der zwischen manchen pestverseuchten Häfen und anderen Hafenstädten besteht, Handel und Schiffahrt erheblich schädigen. Bei der im Jahre 1903 stattgehabten internationalen Sanitätskonferenz in Paris hat man sie daher nur für die mit Menschen- oder Rattenpest verseuchten Schiffe obligatorisch gemacht.

3. Um Rattenpest auf einlaufenden Schiffen möglichst rechtzeitig feststellen zu können, sind die Schiffsführer anzuhalten, auf das Auffinden toter Ratten an Bord sorgsam zu achten und den Behörden darüber Auskunft zu erteilen. Desgleichen haben Beamten der Sanitätspolizei eifrig danach zu fahnden, ob bei Beginn oder während des Löschens von Ladegütern im Schiff tote Ratten gefunden werden. Ist dies der Fall, so werden die Tierkadaver in besonders hiefür vorgesehenen metallenen Kästen umgehend dem Pestlaboratorium zur Untersuchung übergeben.

4. Ist die Rattenpest konstatiert, so ist es notwendig, sämtliche an Bord befindliche, etwa noch lebende Ratten durch geeignete Mittel zu töten; dies kann nur dadurch erreicht werden, daß das Schiff sofort an eine Stelle verholt wird, wo eine Kommunikation mit dem Land nur durch Boote möglich ist, und daß das Schiff samt seiner Ladung tunlichst bald mit rattentötendem Gas behandelt wird.

5. Von den zur Rattentötung vorgeschlagenen Gasen ist das unexplosible Generatorgas, wie es im Hamburger Hafen angewandt wird, einzig und allein geeignet (Zusammensetzung: Kohlenoxyd 5%, Kohlensäure 18%, Stickstoff 77%), *a*) weil es sich infolge seiner fast völligen Geruchlosigkeit und der geringen chemischen Aktivität seiner Bestandteile völlig indifferent gegen die oft recht kostbare Ladung verhält und sie nicht beschädigt, *b*) weil die Tötung sämtlicher Ratten mit dem sehr giftigen Kohlenoxyd sicher gelingt, *c*) weil das Gas relativ billig und leicht in sehr großen Mengen herstellbar ist, so daß die Ausgasung selbst der größten Schiffe in einigen Stunden beendigt ist.

6. Andere Gase, die gleichfalls zur Rattentötung von verschiedener Seite empfohlen wurden, eignen sich hiezu aus folgenden Gründen nicht: *A*. Flüssige Kohlensäure, *a*) weil die großen Mengen, die man hievon zur Rattentötung benötigt (50% des Schiffskubikinhalts) außerordentlich hohe Kosten verursachen würden, *b*) weil sie sich infolge ihres hohen spezifischen Gewichtes mit der atmosphärischen Luft schlecht mischt, wodurch die Wirksamkeit unsicher wird. *B*. Schweflige Säure in Form von flüssiger schwefliger Säure, Pictolin (Gemisch aus flüssiger schwefliger Säure und Kohlensäure), Marotgas (schweflige Säure mit starkem Gehalt an Schwefelsäureanhydrid), Claytongas (schweflige Säure, durch Verbrennen von Stangenschwefel mittels Gebläseluft erhalten), *a*) weil die rattentötende Wirkung durch verschiedene Umstände in Frage gestellt wird (Absorption durch Waren wie Wolle, Getreide, gesalzene Häute und dergleichen, vornehmlich aber durch das auf allen Schiffen befindliche und nur bis zu einem gewissen Grade auspumpbare Bilsch-Wasser), *b*) weil auch die Desinfektions- und insektentötende Wirkung, die man der schwefligen Säure dem Generatorgas gegenüber nachrühmt.



durch diese Umstände unzuverlässig ist, *c*) weil sie eine große Reihe von Waren schädigt, *d*) weil nach den vorliegenden Erfahrungen eine wirksame Abgasung selbst bei Benutzung der größten Apparate schon bei verhältnismäßig kleinen Schiffen viele Tage lang dauert, und weil hiedurch sowie durch die Beschädigung der Waren Handel und Schiffahrt empfindlich geschädigt werden, *e*) weil bei kürzerer Dauer der Ausgasung und Verwendung weniger schädigender Konzentrationen die sichere Tötung der Ratten nicht gewährleistet ist.

7. Da ein Idealgas, welches Ratten und Insekten tötet und zugleich Schiff und Ladung sicher und, ohne Materialschaden zu verursachen desinfiziert, zurzeit nicht existiert, hat es sich als zweckmäßig herausgestellt, zunächst die Ratten auf dem noch beladenen Schiff mit einem wenn auch nicht desinfizierenden, so doch für die Ladung völlig unschädlichen Gas (Generatorgas) abzutöten, die Ladung unter besonderen Vorsichtsmaßregeln (Arbeiten mit leicht zu desinfizierenden Anzügen, Respiratoren, Handschuhen) zu löschen und rattensicher aufzustapeln, den auf dem Schiff zurückbleibenden Kehricht durch Verbrennen unschädlich zu machen und schließlich die leeren Schiffsräume mit anderen bewährten Desinfektionsmitteln (Kalkmich, Kresolseifenlösung, Formalin) zu desinfizieren.

8. Neben der Vernichtung von Ratten auf Pestrattenschiffen bildet die Niederhaltung der Rattenplage an Land ein weiteres, sehr wertvolles Mittel, um die Gefahr der Seuchenverbreitung durch Pestrattenschiffe zu vermindern.

Die Rekrutenstatistik fand in den Herren Doktor Evert, Berlin, Dr. Graujux, Rédacteur en chef du „Caducé", Dr. Simon, Médecin Major de I. classe und Fr. Schwiening, Berlin würdige Bearbeiter. Für die Bewertung der Ergebnisse der Heeresergänzung als eines Maßstabes für die Zu- und Abnahme der allgemeinen Wehrfähigkeit der militärpflichtigen Jugend ist die Kenntnis der Fehler und Gebrechen unerläßlich, welche Untauglichkeit zum Waffendienst bedingen. Nun können sich aber die Anschauungen über den Einfluß mancher Krankheiten auf die Dienstfähigkeit im Laufe der Jahre ändern, die Beurteilung mancher Fehler läßt dem subjektiven Ermessen des einzelnen untersuchenden Arztes einen gewissen Spielraum. Schließlich schreitet doch auch die medizinische Diagnostik und auch die Ausbildung der Ärzte dauernd fort. Daher darf den aus den Rekrutierungsstatistiken gewonnenen Zahlen eine allzu weit gehende Bedeutung, namentlich hinsichtlich etwaiger Zu- oder Abnahme einzelner Krankheiten, nicht beigemessen werden. Von einer Gefährdung der männlichen Jugend kann im allgemeinen nicht gesprochen werden. Trotzdem muß man doch mit allen Mitteln der Hygiene danach streben, den gegenwärtigen Stand zu erhalten, mehr noch, man muß eine Zunahme der die Wehrfähigkeit beeinträchtigenden Körpermängel zu verhüten suchen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Was leistet die konservative Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes. Von Dr. Albert Hörrmann.

Wir sehen in der neuzeitlichen Literatur durchaus veränderte Gesichtspunkte, wie sie sich hauptsächlich durch die mehr und mehr sich bahnbrechende Überzeugung von der Brauchbarkeit der konservativen Maßnahmen, insbesondere der Belastung und der Heißluft, sowie auf Grund eines neuen diagnostisch wichtigen Untersuchungsmittels, der Blutkörperchenzählung, ergeben haben. Man hat jetzt endlich empirisch nach dem Fiasko des Radikalismus zu sehen gelernt, daß die hauptsächlich durch die Gonorrhoe geschaffenen Veränderungen keineswegs wie eine maligne Neubildung irreparabel sind, sondern daß eine zweckmäßige Unterstützung der Naturheilung besser zum Ziele führt!

An der Amannschen Klinik wird seit dem Jahre 1900 der konservativen Therapie der weiteste Spielraum gewährt. Die Indikation zum operativen Eingriff wurde nur dann als gegeben erachtet, wenn die Adnextumoren entweder auf tuberkulöser Grundlage beruhten, oder die von der Krankenkasse gewährte Zeit abgelaufen war, ohne eine wesentliche Besserung gebracht zu haben. Seitdem die Versicherungsanstalten in weitestgehendem Sinne die Pflegekosten für chronisch Kranke übernommen haben, so lange nur einigermaßen Aussicht besteht, eine Erwerbsfähigkeit von mehr als zwei Drittel zu erreichen, fällt auch diese Indikation weg. Durch die ausgedehnte Fürsorge, die das Versicherungswesen diesen Kranken angedeihen läßt und durch das Entgegenkommen der städtischen Behörden ist de fakto das zur Wahrheit geworden, was neben anderen von W. Winckel und Fritsch gefordert wurde, und wofür auch Foges, Pincus eingetreten sind, nämlich Asyle für chronisch unterleibskranke Frauen zu bauen, da ein chirurgisches Spital nur ausnahmsweise konservativ zu behandelnde Fälle aufnehmen könne. Daß derartige Kranke, wenn sie auf Erwerb angewiesen sind, womöglich auf einer eigens dafür eingerichteten gynäkologischen Abteilung mit allen ihren technischen Hilfsmitteln behandelt werden sollen, darüber dürfte wohl ein Zweifel nicht bestehen. Aber auch im Privathause lassen sich alle die konservativen Maßnahmen ebenso gut durchführen.

Während in der operativen Zeit zirka 50 Fälle pro Jahr radikal operiert wurden, treffen auf das Jahr 1902 an unserer Klinik nunmehr zwei Operationen wegen Tuberkulose, im Jahre 1903 wurde gar nicht, 1904 siebenmal, darunter viermal wegen tuberkulöser Erkrankung der Adnexe, nur einmal wegen entzündlicher Adnexerkrankung operiert, im Jahre 1905 zweimal. Von allen diesen Patientinnen ist keine gestorben, die Aufenthaltsdauer betrug 16—56 Tage. Welch ein enormer Unterschied gegen die früheren Jahrgänge.

In den letzten Jahren also, seit auf die Ausbildung der nichtoperativen Maßnahmen ein so bedeutendes Gewicht gelegt wurde, waren wir nur höchst selten gezwungen, einen radikalen Eingriff vorzunehmen. Trotzdem bleibt noch eine kleine Reihe von Fällen dem Messer vorbehalten, und zwar sind dies zum ersten die schweren, lebensbedrohenden, großenteils akut auftretenden, oder plötzlich wieder aus alten, latenten Eiterherden aufflackernden, mit schweren, stürmischen Erscheinungen einsetzenden eitrigen Erkranknngen der Uterusadnexe, des Pelveoperitoneums, des Parametriums. In zweiter Linie müssen wir für unsere Operationen noch solche Fälle in Anspruch nehmen, bei welchen unsere konservativ therapeutische Einwirkung versagt hat, und wir trotz Aufbietung aller Mittel eine günstige Beeinflussung weder im objektiven noch subjektiven Sinn zu erzielen vermochten.

Die Operation ist also unvermeidlich:

1. In allen akuten, mit schweren, das Leben bedrohenden Symptomen einhergehenden Fällen entzündlicher Adnexe des Beckenbindegewebes und des Beckenbauchfelles.

2. in allen Fällen von sicher erkannter oder mit Wahrscheinlichkeit anzunehmender Tuberkulose.

3. in allen denjenigen Fällen, in welchen unsere vielgestaltige konservative Therapie ein subjektives Wohlbefinden und eine relative Wiederherstellung der betroffenen Organe nicht zu erreichen vermag. Es sind dies sehr wenig, unter 1244 Fällen in 5 Jahren nur $7 = 0{\cdot}56\,\%$.

Von enormer Wichtigkeit für den Erfolg der Behandlung ist natürlich die richtige Erkenntnis der vorliegenden Erkrankung, die für den Facharzt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keine ernstlichen Schwierigkeiten verursachen wird, für den praktischen Arzt aber in einzelnen Fällen nur schwer zu verlangen ist. Und doch steht und fällt der Erfolg gerade in der vorliegenden Frage mit der Exaktheit der gestellten Diagnose. Besonderes Augenmerk wird man auf die Tuberkulose und auf maligne Neubildungen richten müssen, in differentialdiagnostischer Hinsicht spielt auch die unterbrochene Extrauteringravidität mit allen ihren Folgeerscheinungen (Hämatokele) eine bedeutende Rolle. Ein Pyoovarium ist zur weiteren Funktion absolut ungeeignet, weil nur mehr eine dünne Schale von Ovarialsubstanz vorhanden



ist, es erheischt unbedingt operative Entfernung. Bezüglich der differentiellen Diagnose gegenüber Neubildungen der Tube und des Ovariums, des Karzinoms und des Dermoids ist die Berücksichtigung des Allgemeinbefindens und des Untersuchungsbefundes besonders hervorzuheben.

Zur Abgrenzung gegenüber soliden Tumoren und Hämatokelen und zum Nachweis von Eiter kann die Punktion mit der Pravatzschen Spritze empfohlen werden. Vorbedingung ist, daß die Tumoren dem vaginalen Gewölbe anliegen, oder sich wenigstens ohne großes Risiko herabdrücken lassen. Im allgemeinen ist aber die Punktion nur für gynäkologisch geübte Hände geeignet.

Welche Mittel sind es nun, welche uns für die Behandlung der hier erörterten Erkrankungen zur Verfügung stehen? Für die Behandlung müssen wir streng die akuten von den chronischen trennen. Während im akuten Stadium, besonders bei der beginnenden Tubargonorrhoe absolute Bettruhe und Prießnitzumschläge, Sorge für Stuhlgang und entsprechende Diät bei der so häufig beobachteten Mitbeteiligung der unteren Darmabschnitte die rationellste Therapie darstellt, tritt bei chronischen Leiden die Badebehandlung (Moor, Sole-, elektrische, kohlensaure Bäder, in Form von Voll- oder Sitzbädern) mit ihrer günstigen Einwirkung auf die gesamten Zirkulationsverhältnisse in ihre Rechte. Im subakuten Stadium verwenden wir den Alkohol (30prozentig) in Form von Umschlägen auf den Leib mit Erfolg seit vielen Jahren. Das rasche Schwinden der Schmerzen in Verbindung mit der Wiederkehr von Schlaf und Appetit üben auf die Hebung des ganzen Ernährungszustandes eine sehr günstige Wirkung aus.

Im chronischen Stadium tritt die Applikation von epidermatischen Resorbentien in Form von Thermophoren, heißen Kompressen und Dampfkompressen in den Vordergrund, daneben werden heiße Vaginalduschen (bis 55° C) mit dem Walzerschen Spülrohr verabreicht und Tampons mit Ichthyol- oder Thigenolglyzerin getränkt, appliziert.

Einen hervorragenden Platz nimmt die Belastungs- und Heißlufttherapie ein, welche sich im Verlaufe der letzten Jahre immer mehr Anhänger gewonnen hat und welche H. speziell dem praktischen Arzt für die Behandlung aller chronisch entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Genitale ganz besonders empfehlen möchte. Wir sehen, daß uns eine Menge von Hilfsmitteln zur Verfügung stehen, und ich möchte auf Grund unserer Erfahrungen dringend davor warnen, sich auf ein einziges Mittel zu versteifen und von ihm alles verlangen zu wollen.

Nicht ein Mittel für Alle, sondern alle in sachgemäßer Auswahl für Eine!

Die Belastungstherapie wird am zweckmäßigsten in der von Pincus angegebenen und in seiner Monographie „Grundzüge einer nichtoperativen Behandlung chronisch entzündlicher Frauenkrankheiten und ihrer Folgezustände“ ausführlich beschriebenen Weise angewandt. Jahrelange Studien dieses Autors sowie die klinischen Versuche vieler anderer haben zu einem vollständig systematischen Ausbau dieser Methode geführt, so daß heutzutage ihre Indikationen und Kontraindikationen klar umschrieben sind.

Vorzügliches zu leisten vermag der Kolpeurynter bei den chronisch-entzündlichen Veränderungen der Adnexe, des Para- und Perimetriums und dessen Folgezuständen (Retroflexion). Im allgemeinen geben alle akuten und subakuten Zustände, bei denen der Organismus mit Temperatursteigerung reagiert, eine Gegenindikation ab, außerdem kann es vorkommen, daß eine Patientin die Belastung nicht verträgt, daß sie starke Schmerzempfindungen auslöst. Jedenfalls ist es geraten, bei der ersten Quecksilberfüllung vorsichtig — nur 500 *g* — zu Werke zu gehen und den Kolpeurynter nur kurze Zeit — 20 Minuten — liegen zu lassen. Tritt darauf weder objektiv noch subjektiv eine nicht gewünschte Reaktion ein, so steht der weiteren Anwendung nichts im Wege. Wir haben den Quecksilber-Luftkolpeurynter auf dem Planum inclinatum bis zu 5 Stunden liegen gelassen, Kopfweh, Schwindelgefühl und andere unangenehme Nebenwirkungen haben wir dabei nicht beobachtet. Fixierte Retroflexionen stellen ein günstiges Objekt für die Belastung dar. Schon nach 3—4 Sitzungen wird der Uterus frei beweglich, die Beschwerden verschwinden.

Sind die Residuen entzündlicher Adnextumoren gemäß ihrer topographischen Lage und ihrer geringen Größenbeschaffenheit die für ein Kompressionsverfahren oft weniger geeigneten Fälle, so ist im Gegensatze hiezu gerade das Parametrium mit seinen entzündlichen Ausschwitzungen einer mechanischen Therapie sehr leicht zugänglich. Demgemäß sahen wir im Anschluß an die Geburt entstandene, das ganze kleine Becken ausfüllende, bis Kindskopf große oft steinharte Exsudatmassen nach wenigen, in einem Fall nach 2 Sitzungen verschwinden.

Hier und in manchen Fällen von Retroflexion des Uterus dürfte dieses Verfahren kaum einen Konkurrenten haben, der in so schonender, einfacher und für die Patientin angenehmer Weise zu einem idealen Ziele, zur völligen Heilung führt. Denn meist finden wir nach kurzer Zeit nur mehr dünne Stränge oder schwartige Verdickungen, aus denen mit Hilfe der doppelseitigen Kompression das Exsudat wie aus einem Schwamm ausgepreßt wurde.

Als ein schätzenswerter Vorteil dieses Verfahrens, besonders gegenüber der Massage, die wir, nebenbei bemerkt, nur zur Dehnung bei Parametritis retrahens anwenden, ist hervorzuheben, daß die ganze Arbeit dem Kolpeurynter und dem auf dem Abdomen liegenden Schrotsack überlassen ist, während die Patientin ruhig, ohne belästigt und allen möglichen psychischen Situationen ausgesetzt zu sein, im Bette liegt.

Der Belastungslagerung kommt aber auch eine besonders für die praktische Seite enorm wichtige diagnostische Bedeutung zu.

1. Zeigt sie uns, wenn sie erfolglos bleibt, oder wenn erhebliche Temperatursteigerungen auftreten, das Vorhandensein von Eiter an und

2. kann mit ihrer Hilfe die Differentialdiagnose zwischen solidem Tumor einerseits und Exsudat und entzündlichem Adnextumor andererseits oft schnell und sicher gestellt werden.

Noch einfacher gestaltet sich die Anwendung der Heißluft bei den chronisch entzündlichen Unterleibserkrankungen. Mit Hilfe ganz einfacher und billiger Apparate, wie wir z. B. einen solchen mit Asbest überzogenen Blechbogen (Preis Mk. 20·— mit Spiritusflamme und Heizungsrohr) in Verwendung haben, kann sowohl eine ambulante als auch stationäre Behandlung geeigneter Fälle in rationeller Weise durchgeführt werden. Der Hauptvorteil liegt in der fast immer eintretenden schmerzstillenden Wirkung, die anfangs nur während der Heizung, dann aber über einen immer größeren Zeitraum nach derselben wohltätig empfunden wird. Auch hier gibt uns die Temperatursteigerung einen Indikator für das Vorhandensein von Eiter ab. Gegenindikationen sind akut entzündliche Fälle und tuberkulöse Prozesse, auch bei schweren Herzfehlern ist eine Heizung nicht anzuraten, jedenfalls dürfen die Sitzungen nicht zu lange ausgedehnt werden. Die letzteren haben wir gewöhnlich täglich vorgenommen, von $^1/_2$—1 stündiger Dauer.

Für größere Eiteransammlung (Pyosalpinx, parametraner oder pelveoperitonitischer Abszeß) trägt, eine günstige Lage des Eiterherdes vorausgesetzt, die Punktion oder Inzision (Kolpotomie, Leistenschnitt mit extraperitonealem Vorgehen und nachfolgender Drainage) oft wesentlich zur Abkürzung der Behandlungsdauer und zur schnelleren Wiederherstellung bei. Dabei ist eine vorhergehende oder nachfolgende Belastungs- oder Heißluftbehandlung nicht ausgeschlossen. (Med. Klinik Nr. 3.)

*

Über eine neue Methode der Abortivbehandlung der akuten Gonorrhoe. Von Weinberg.

Die Methode beruht auf der Anwendung einer Temperatur unter 18° C. behufs Abtötung der Gonokokken im Prodromal-



stadium der akuten Gonorrhoe, da die Gonokokken eine Temperatur unter 18° C. nicht vertragen und rasch zugrunde gehen. Weinberg beschäftigt sich gerade mit den Versuchen, daher die Methode noch nicht beschrieben ist. (Zeitschrift f. Haut- u. Geschlechtskr. [russisch] 1907, Nr 8.)

*

Die Therapie der Mittelohreiterung in den Händen des praktischen Arztes. Von Prof. F. Siebenmann.

Von den akuten Mittelohrentzündungen verlaufen die meisten auch ohne alle Behandlung ganz günstig; dies gilt namentlich von den Otitiden, welche bei der Influenza und bei den influenzaartigen Erkrankungen der oberen Luftwege auftreten. Die Natur hilft sich sehr oft selbst, die anfängliche Entzündung und die begleitenden Schmerzen verschwinden schon nach wenigen Stunden oder Tagen, das seröse oder schleimig-eitrige, in den Mittelohrräumen liegende Sekret wird resorbiert, das Gehör kehrt ad integrum zurück. — Wo die Affektion in einem intensiveren Grade auftritt und in der Paukenhöhle ein Überdruck von flüssigen Entzündungsprodukten sich einstellt, da tritt an einer Stelle des Trommelfells rasch eine zirkumskripte Nekrose ein und durch die spontane Perforationsöffnung ergießt sich das schleimigeitrige Sekret während zwei bis drei Wochen, ohne daß Fäulnisprozesse sich hinzugesellen. Dann versiegt die Eiterung, die kleine Perforationsöffnung schließt sich rasch, die Schwellung der Schleimhaut geht zurück, die Labyrinthfenster werden frei und die Gehörknöchelchenkette samt Trommelfell funktioniert wieder in normaler Weise.

Diesen Fällen mit normalem zyklischen Verlauf und spontaner Heilung stehen aber diejenigen Fälle gegenüber, bei denen die initialen Schmerzen heftiger auftreten und länger andauern, die Eiterung auch nach vier und mehr Wochen nicht versiegt, wo in einzelnen größeren, von der Paukenhöhle mehr oder weniger weit entfernten Zellen Sekretverhaltung und Arrosion der umschließenden Wände eintritt, wo sogar von diesen Stellen aus Durchbrüche erfolgen zwischen die Halsmuskulator, nach dem Labyrinth und nach dem Schädelinnern, in günstigeren Fällen nach dem äußeren Gehörgang und nach der äußeren Schädeloberfläche.

Bei einer anderen Form von Mittelohreiterung — bei den schweren Scharlachotitiden — tritt von Anfang an uns das Bild rapiden Zerfalles der Mittelohrwände entgegen. Trommelfell und Knochen werden in ausgedehntem Grade nekrotisch und schon nach wenigen Tagen finden sich die Gehörknöchelchen losgestoßen in dem rasch fötid gewordenen Sekret; die Eiterung hält monate- und jahrelang an, wird sehr rasch stinkend und das Hörvermögen kann, wenn es nicht schon anfangs durch gangränöse Prozesse in der Zwischenwand zwischen Mittelohr und Labyrinth vernichtet worden ist, nachträglich auf einen Rest sich vermindern, der nicht mehr genügt zur Perzeption der einzelnen Laute der menschlichen Sprache. Diese Folgezustände der Scharlacherkrankung des Mittelohres bilden eine der Hauptformen der chronischen Eiterung.

Weniger direkte Gefahren für das Leben drohen von einer vierten Form — der tuberkulösen Mittelohreiterung, welche schon in ihren Anfangsstadien den chronischen Eiterungen zuzuzählen ist. Sie entsteht schleichend, ohne auffällige Entzündungserscheinungen, fast oder ganz ohne Schmerzen und meistens auch anfangs mit so geringer Sekretion, daß dieselbe ganz übersehen werden kann; aber ihre Schädigung des Hörapparates des Mittelohres ist gleich von Anfang an eine so hochgradige, daß dieselbe in diesem Stadium oft in gar keinem Verhältnisse zu stehen scheint zu den sichtbaren anatomischen Veränderungen.

Die Ohrtuberkulose der Phthisiker mit ihrem raschen Gewebszerfall ist jedem Praktiker wohlbekannt. Weniger gewürdigt dagegen wird dagegen die kindliche Form der Ohrtuberkulose, welche in ihren Anfängen oft von den nächsten Angehörigen lange nicht bemerkt und vom Hausarzte als eine unbedeutende Affektion betrachtet wird; auf sie müssen jene großen Zerstörungen im Mittelohr zurückgeführt werden, deren Ätiologie später, wenn einmal die reichlicher und fötid gewordene Otorrhoe sowie die störende Schwerhörigkeit den Patienten zum Ohrenarzt führen, scheinbar ganz in Dunkel gehüllt ist.

Die skarlatinöse nekrotisierende Otitis media und die kindliche Ohrtuberkulose haben die Eigentümlichkeit, daß sie im späteren Verlaufe sehr oft sich mit Cholesteatombildung komplizieren und dann einen äußerst gefährlichen Charakter annehmen. Sobald nämlich eine größere Fläche der Mittelohrwand zugrunde gegangen ist, heilt die betreffende Wunde nicht so, daß sie sich wieder mit normaler Schleimhaut überzieht; sondern die Narbe wird gebildet durch sogenannte Cholesteatommatrix, ein epidermisähnliches Gewebe, dessen Oberfläche hornartige, aber sehr hinfällige, zu Zersetzung geneigte Produkte absondert. Sind dieselben von festerer Konsistenz, so können sie die betreffenden Höhlen allmählich vollständig ausfüllen. Faulen sie in der Folge, so führen sie zu septischen Phlegmonen der Umgebung; verhindern, wie dies häufig der Fall ist, die gequollenen Cholesteotommassen zudem noch den Abfluß des Sekretes, so erhöht sich die Gefahr. Die meisten Hirnabszesse und die bösartigsten Formen von Thrombose der großen venösen Blutleiter der Dura mater sind auf solche Cholesteatomeiterungen zurückzuführen. Es ist deshalb wichtig, die hauptsächlichsten Merkmale derselben zu kennen: der Ohreiter ist in der Regel in charakteristischer Weise sehr fötid; das Trommelfell fehlt entweder ganz oder es finden sich partielle Defekte, welche nicht zentral, sondern am oberen Knochenrande des Trommelfelles liegen. Häufig fehlt auch ein angrenzender Teil der knöchernen hinteren und oberen Gehörswand. Von der freiliegenden Labyrinthwand trägt wenigstens der obere Abschnitt einen grauen, epidermisähnlichen oder einen roten granulierenden Überzug. Von der Gegend des oberen Trommelfellpoles hängen zuweilen weiße Cholesteatomhäute, oft auch polypöse Massen herunter und die Sonde gelangt daselbst regelmäßig um den freien Knochenrand nach hinten und oben gegen das Antrum. Nicht selten besteht eine ganz kleine Öffnung, welche hoch oben in der sackartig eingesunkenen Shrapnellschen Membran derart liegt, daß ihre Ebene in der Horizontalen verläuft und die daher gar nicht gesehen, sondern nur mit der Hackensonde gefühlt werden kann.

Was zunächst die Prophylaxe der gewöhnlichen akuten Mittelohreiterung anbelangt, so geben zwei Momente nicht selten zu Mittelohrentzündung Veranlassung: 1. die habituelle Applikation der Nasendusche und 2. das Vorhandensein adenoider Wucherungen. Die Nasendusche ist zwar in ihren Indikationen glücklicherweise während der letzten Jahre bedeutend eingeschränkt worden. Trotzdem wird sie aber immer noch viel zu häufig kritiklos und auch unzweckmäßig angewandt. Dringt dabei Wasser ins Mittelohr, so entsteht oft eine Fremdkörperentzündung unter dem Bilde einer akuten Otitis media. Anwendung von Apparaten mit diskontinuierlichem Druck, Vermeiden von Sprechen während, von Schneuzen sofort nach der Duscheapplikation vermögen diese Gefahr auf ein Minimum zu beschränken. — Kinder, welche an Hypertrophie der Rachendachmandel leiden, pflegen sehr häufig an akuter Mittelohreiterung und sogar, wenn katarrhalischer Tubenabschluß von jahrelanger Dauer als Folgezustand hinzutritt, an Cholesteatom zu erkranken. Unter solchen Umständen müssen die adenoiden Wucherungen, sobald sie derartige Symptome machen, entfernt werden, auch wenn sie nur in geringer Mächtigkeit entwickelt sind. Gegen den Schmerz ist als Hauptmittel der Eisbeutel, und zwar in Form einer dicken ringförmigen Wurst zu empfehlen. Er muß vorn auf der Tragusgegend, hinten auf der Umschlagfalte der Ohrmuschel und auf dem Warzenfortsatz aufliegen und in dieser Weise den Ansatz der Ohrmuschel derart umgreifen, daß letztere selbst frei aus der zentralen Öffnung des Eisbeutels herausragt. Die Füllung mit haselnußgroßen Eisstückchen muß anfänglich halb-, später $^3/_4$ stündlich vorgenommen werden.

Vor Wärmeapplikation ist entschieden zu warnen. Bei einer Mittelohreiterung liegen eben nicht die nämlichen topo-



graphischen Verhältnisse vor wie bei einer Phlegmone des Unterhautzellgewebes, einem Furunkel oder einer Alveolarperiostitis. Die in jedem Falle von Mittelohreiterung sich abspielende lakunäre Resorption wird durch die Wärme derart gesteigert, daß unnötigerweise die Wände, welche die eiternde Höhle vom Hirn trennen, aufgelöst werden und damit auch die Gefahr einer Infektion der Hirnschädelhöhle wesentlich gesteigert wird. — Ebenso muß auch ernstlich gewarnt werden vor der Bierschen Stauung.

Wichtig ist ferner die körperliche Ruhe. Die Applikation von Blutegeln, Jodanstrichen und Cantharidenpflastern hinter und vor der Ohrmuschel muß dagegen als eine veraltete unzweckmäßige Maßnahme bezeichnet werden. Sie nützt selbst symptomatisch nur wenig, erschwert später die Möglichkeit, über den Zustand des Warzenfortsatzes sich genügend orientieren zu können und gibt zudem nicht selten Veranlassung zu Erysipelen von mehr oder weniger gefährlichem Charakter. — Beliebt nicht nur bei den Patienten, sondern auch beim praktischen Arzt ist das Eingießen von Opium, Karbolglyzerin und von Ölen verschiedener Art in das schmerzende Ohr. Auch davon ist abzuraten, denn es ist durchaus nutzlos, verändert aber das Trommelfell in seinem Aussehen oft bis zur Unkenntlichkeit und gibt nicht selten Veranlassung zum Auftreten von Schimmelmykose im Gehörgang.

Zu den wirksamsten schmerzstillenden Mitteln gehört die Trommelfellparazentese. Der Schmerz der Mittelohrentzündung ist ein periostaler Schmerz; denn die unteren Lagen der zarten dünnen Mukosa bilden direkt das Periost der Mittelohrräume. Eine Otitis media acuta ist zugleich auch eine Periostitis. Wir werden mit der Parazentese daher nur da Erleichterung schaffen, wo außer dem periostalen Schmerz der Entzündung auch noch Druckschmerz vorhanden ist. Dementsprechend erleichtert die Parazentese die Schmerzen in der Regel auch nur da wesentlich, wo das gerötete, undurchscheinende Trommelfell in toto sichtlich in den Gehörgang vorgewölbt ist. Der Schnitt soll nicht zu klein ausfallen, also womöglich einige Millimeter lang sein; er heilt nach Aufhören der Eiterung so rasch und spurlos, daß die Gefahr eines zu kleinen Schnittes sozusagen größer ist, als die eines zu großen Schnittes, da im ersten Falle eine zu früh eintretende Verklebung der Schnittränder unter Umständen die Notwendigkeit einer Wiederholung der Operation nach sich ziehen kann. Hinten oben zu parazentesieren, ist kontraindiziert, weil dort das Steigbügel-Amboßgelenk und das ovale Fenster liegen und weil deren Verletzung bleibende Schwerhörigkeit höheren Grades verursachen kann. Nach der Spaltung überzeuge man sich von der Durchgängigkeit der Öffnung durch Ausführung der Luftdusche oder, falls diese versagt, durch Applikation des Katheters. Das dabei entstehende „Perforationsgeräusch“, welches durch den Auskultationsschlauch kontrolliert wird, sowie das in den Grund des Gehörganges hinausfließende, mit Gasblasen vermengte Sekret bilden sichere Anzeichen dafür, daß die Operation gelungen ist. — Bei richtiger Indikationsstellung kann man ganz exorbitante Schmerzen auf solche Weise zuweilen mit einem Schlag zum Verschwinden bringen.

In den ersten Tagen sind auch kleine Dosen von Morphium und Antipyrin, Phenazetin oder Chinin namentlich gegen die nächtlichen Exazerbationen des Schmerzes mit Vorteil zu verwenden. Dauern dieselben aber länger als 10 bis 14 Tage unvermindert an, so muß der Warzenfortsatz mit seinen pneumatischen Höhlen operativ eröffnet werden.

Hat spontan oder nach Ausführung der Parazentese sich Ausfluß aus dem Gehörgange eingestellt, so ist das Sekret anfangs fast rein serös, später schleimigeitrig, aber zunächst ohne Zeichen von Zersetzung. Erst nach einer Reihe von Wochen wird es fötid und dann beginnt es auch reizende Wirkung auszuüben auf Gehörgang, Trommelfell und Paukenhöhle. Die Behandlung der Eiterung muß also zunächst darin bestehen, daß die Zersetzung des Ohreiters im Gehörgang verhindert wird. Instillationen von Adstringentien oder Ausspritzen von indifferenten wässerigen Lösungen, wie Kamillentee, gekochtes Brunnenwasser, physiologische Kochsalzlösung usw. erfüllen diesen Zweck höchst unvollkommen. — Unzweckmäßig ist auch die Anwendung stärkerer Antiseptika.

Ebenso ist die sogenannte trockene Tamponade, d. h. das Einführen eines Gazestreifens in die Tiefe des Meatus mit grundsätzlichem Vermeiden von Einspritzungen eine durchaus verwerfliche Maßregel; durch sie wird das natürliche gute Drainrohr des Mittelohres, der Gehörgang, verstopft; in späteren Stadien, wenn die Sekretion abnimmt, gibt die trockene Tamponade sogar direkt Veranlassung zu hartnäckiger Bildung fötider Borken in der Trommelfellgegend und zu Fortdauer der Eiterung. (Schweiz. Corresp.-Bl.) (Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 5. Juni 1908.

Anton v. Frisch demonstriert ein 7jähriges Kind mit angeborener Coxa vara. Es besteht Lordose, das Kind wackelt beim Gehen, die Trochanteren springen vor. Für Rachitis oder Trauma bestehen keinerlei Anhaltspunkte.

Moriz Oppenheim demonstriert einen Fall von Folliclis. An der Streckseite der Arme sitzen verschieden große runde Knötchen, welche im Zentrum eine Kruste tragen. Nach Abheben derselben zeigt sich ein kreisrundes Geschwür mit unterminierten Rändern. Die Pirquetsche Tuberkulinprobe ergab eine sehr starke Reaktion, was für eine tuberkulöse Natur der Affektion spricht.

Heymans, Gent: Über Tuberkuloseimpfung. Redner wendet folgendes Immunisierungsverfahren gegen Tuberkulose bei Rindern an: 1 *mg* Tuberkelbazillen vom Typus humanus werden in ein kleines, aus einem Stückchen Schilfrohr angefertigtes Säckchen eingeschlossen, dieses wird in Kollodiumlösung getaucht und in eine Gelatinekapsel eingeschlossen. Dieses Säckchen wird durch einen Einschnitt unter die Haut des Rindes gebracht und die Wunde geschlossen. Die Gelatinekapsel wird aufgelöst und das Schilfrohrsäckchen bildet eine Diffusionsmembran, welche die Bazillen eingeschlossen hält; diese erhalten durch diese Membran die Nährstoffe zu ihrem Wachstum und vermehren sich, sie geben ihrerseits wieder an den Organismus immunsierende Substanzen ab. In 48 Stunden bildet sich um das Säckchen ein Exsudat aus polynukleären Zellen, später eine bindegewebige Kapsel. In derselben sterben die Bazillen binnen 10—18 Monaten ab und zerfallen. Das Verfahren beruht auf folgenden Versuchen: Gibt man in ein solches Säckchen 0·5 cm^3 Tuberkulin und steckt es in Kochsalzlösung, so diffundiert in diese das Tuberkulin, welches durch den Impfversuch nachweisbar ist. Bringt man ein Säckchen mit Tuberkulin unter die Haut eines Rindes, so tritt ebenfalls eine Tuberkulinreaktion ein. Füllt man in das Säckchen Glyzerinbouillon, welche mit Tuberkelbazillen geimpft ist, und hält es in einem Kölbchen mit Bouillon im Brutofen, so entwickeln sich die Bazillen weiter. Wenn man nach 4—6 Wochen den Inhalt des Kölbchens, in welchem keine Bazillen nachweisbar sind, einem tuberkulösen Tiere einspritzt, so reagiert dasselbe so, wie wenn ihm Tuberkulin injiziert worden wäre. Gesunde Tiere, welchen ein Säckchen mit Tuberkelbazillen unter die Haut eingeheilt wurde, reagieren nach 3—6 Wochen auf eine Einspritzung von Tuberkulin, die Empfindlichkeit gegen dasselbe hält 4 bis 6 Monate an und dann verschwindet sie. Wurden derartig immunisierten Rindern subkutan oder per os in einmaligen großen oder durch 3 Wochen täglich wiederholten kleinen Dosen Tuberkelbazillen beigebracht, so erkrankten die Tiere nicht an Tuberkulose, während dies bei Kontrolltieren der Fall war. Die geimpften Tiere zeigten demnach eine relative Resistenz gegen eine Infektion mit Tuberkulose. Bei der Tuberkulinprobe reagierten von den gesund geimpften Rindern zirka 10%, bei der Obduktion erwiesen sich ungefähr 6—10% als tuberkulös. Bei tuberkulösen Tieren findet, wenn denselben ein Säckchen mit Tuberkelbazillen unter die Haut gebracht



wird, ebenfalls eine langsame Tuberkulisation statt, viele Rinder zeigen eine Abschwächung oder ein Verschwinden der Tuberkulinreaktion und die Obduktion ergibt einen Rückgang der tuberkulösen Veränderungen, so daß der Säckchenmethode auch kurative Wirkungen zukommen dürften.

Anton Weichselbaum hält die Prüfung der Resistenz durch die Tuberkulinreaktion nicht für ausreichend; wenn auch Reaktion nicht eintritt, so ist damit noch nicht bewiesen, daß keine Tuberkulose vorhanden sei, eine sichere Probe ist die Autopsie. Doch hält er das neue Immunisierungsverfahren für aussichtsvoll. In seinem Institute werden Immunisierungsversuche angestellt, die darauf basieren, daß in gewissen Fällen in Lymphdrüsen, die keine Veränderung zeigen, doch Tuberkelbazillen gefunden werden; man muß annehmen, daß die Lymphdrüsen Stoffe produzieren, welche die Tuberkelbazillen schädigen. (Bartel.)

Detre, Budapest, macht darauf aufmerksam, daß Tuberkulinimmunität nicht mit der Ausheilung der Tuberkulose identisch ist. Die fortgesetzte Tuberkulinimpfung führe oft nicht zur Ausheilung, sondern eher zu einer Unempfindlichkeit der Gewebe gegenüber dem Tuberkelbazillus.

Julius Bartel gibt Erklärungen über das Weichselbaumsche Immunisierungsverfahren. Werden Tuberkelbazillen in Organe eingeschlossen und längere Zeit bei 37° gehalten, so werden sie nach längerer Zeit avirulent. Wurden Tiere mit dem Gewebssafte dieser Organe, besonders von Lymphdrüsen, injiziert, so gewannen sie eine erhöhte Resistenz gegen die Tuberkuloseinfektion.

Clemens v. Pirquet frägt nach dem Verlaufe der Tuberkulinreaktion bei den immunisierten Tieren.

Theodor Escherich hält die Methode des Vortragenden für eine ingeniöse Modifikation der Tuberkulinbehandlung. Die Frage, ob es gewiß möglich ist, durch Tuberkulinbehandlung eine primäre Infektion zu verhüten, ist wichtig. Wenn es möglich wäre, durch die Methode des Vortragenden die primäre Infektion zu verhindern, so wäre dadurch sehr viel getan.

Heymans betont, daß die Frage der Tuberkuloseimmunität nur durch Versuche an großen Tieren gelöst werden kann. Unter den Tieren, welche auf die Tuberkulinprobe nicht reagieren, sind ungefähr 10% doch tuberkulös. Es muß untersucht werden, wann die Immunität ihren höchsten Wert erreicht und wie lange sie anhält. Die Immunität kann natürlich nur eine relative sein. *i. m.*

IV. Literatur.

Über meine Schlafkrankheitsexpedition. Von Robert Koch. Mit 22 Originalaufnahmen. Berlin 1908, Verlag von Dietrich Reimer (Ernst Vohsen).

Die Broschüre enthält den Vortrag, den Koch in der Abteilung Berlin-Charlottenburg der deutschen Kolonialgesellschaft hielt. Trotz der populären Form hat die Broschüre für den Arzt Interesse schon wegen der zahlreichen lehrreichen Originalaufnahmen, die ihr beigegeben sind, und die besser als manche langschweifigen Beschreibungen ein anschauliches Bild der Verhältnisse bieten. Unwillkürlich überkommt einem ein Gefühl der Trauer, wenn man diese idyllischen Gebiete mit der einfachen Lebensweise der Eingeborenen von dieser fürchterlichen Seuche bedroht sieht. Natürlich ist auch diese Broschüre Kochs von seinem unzerstörbaren Optimismus getragen, der gerade in dieser Frage wohl angezweifelt werden kann. Sofer.

V. Aus der Praxis.

Bei Ohren-, Nasen-, Mund- und Halserkrankungen empfiehlt Friedmann statt des Höllensteins das Kollargol. Dieses wirkt unter anderem anämisierend und schmerzlindernd, Eigenschaften, die der Höllenstein nicht entwickelt. Im Ohr soll eine 5%ige Kollargollösung angewandt werden, ebenso in der Nase bei mehr chronischen Prozessen; bei akuten Nasenkatarrhen mit starker Schleimhautschwellung dagegen verwende man eine 1%ige Lösung (Injektion einiger Spritzen davon). In der Mundhöhle und im Rachen sind 5%ige, im Kehlkopf 1%ige (bei akuter und subakuter Laryngitis) und 5%ige (bei chronischen Prozessen) Kollargollösungen am Platze.

Oskar Herzfeld hat auf der Bummschen Poliklinik die Resultate der Heißluftbehandlung bei parametrischen Exsudaten chronischer Art einer Besprechung unterzogen und kommt zu dem Resultat, daß im großen und ganzen, soweit die poliklinische Beobachtung sichere Schlüsse erlaubt, die Erfolge sehr zufriedenstellend gewesen sind. Die Heißluftbehandlung wurde mittels des Klappschen Apparates ausgeführt. Eine Kontraindikation bilden frische Entzündungen, Gegenwart von Eiter in den Adnexen, alle tuberkulösen Abszesse in den Genitalien, Fieber, hochgradige Herzfehler oder stark erkranktes Gefäßsystem und im allgemeinen uterine Blutungen.

Auch die Heißluftdusche, die mit Hilfe eines Apparates von Dr. Rudolf für die lokale Anwendung geeignet ist, wurde mit Erfolg angewandt, und zwar überall da, wo bisher Heißwasserspülungen indiziert waren. (Wiener klin. Wochenschr. 1907, Nr. 18.)

Über die Zersetzlichkeit des Atoxyl.

Schwache Atoxyllösungen (1—2%) sowie stärkere 10% können sich im Dunkeln ziemlich lange unverändert halten. Frische Lösungen sind natürlich vorzuziehen. Obwohl sich auch die mit ungekochtem Wasser bereiteten Lösungen gut halten, ist es unbedingt besser, die Vorratslösungen unsterilisiert, aber mit kaltem, gekochtem Wasser bereitet, aufzubewahren.

Vor dem Gebrauche (Einspritzung) muß man die nötige Menge der Vorratslösung in einem Probierglase auf offener Flamme (1—2 Minuten) kochen lassen. Eine Zersetzung der Lösung in der kurzen Zwischenzeit vom Beginn des Kochens bis zum Augenblicke der Einspritzung ist nicht zu befürchten. Bei den geringsten Anzeichen von Gelbfärbung muß die vorrätige Atoxyllösung durch eine neue ersetzt werden. Die Alkalisierung der Lösungen ist zu vermeiden.

VI. Notizen.

Im Karolinen-Kinderspitale in Wien wurden im Jahre 1907 21.697 Kindern ärztliche Hilfe geleistet. Ambulatorisch behandelt und unentgeltlich mit Medikamenten resp. Verbänden versehen wurden 18.027, geimpft 2747, im Spitale verpflegt 923 Kinder. Von den im Spitale verpflegten Kindern wurden 570 geheilt, 128 sind gestorben, mit Ende 1907 verblieben 63.

80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln 1908. Die 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte wird in der Zeit vom 20. bis 26. September d. J. in Köln stattfinden. Die allgemeinen Sitzungen der diesjährigen Tagung sollen Montag den 21. und Freitag den 26. September, vormittags, stattfinden; es sind dafür bis jetzt Vorträge in Aussicht genommen von den Herren Prof. Dr. Heim, Zürich (Deckenbau der Alpen), Major v. Parseval, Berlin (Motorballons), Prof. Dr. Stadler, München (Albertus Magnus als Naturforscher), Geheimrat Prof. Dr. Rubner, Berlin, Prof. Dr. Hassert, Köln (Kamerun). Für Donnerstag, den 24. September, vormittags, ist eine Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen (Redner: Prof. Dr. Wiener, Leipzig — farbige Photographien — und Prof. Dr. Doflein, München — Trypanosomen —), für den Nachmittag desselben Tages sind gemeinsame Sitzungen jeder der beiden Hauptgruppen geplant. Die Abteilungssitzungen sollen am 21. nachmittags und am 22. und 23. vormittags und nachmittags abgehalten werden.

Das Präsidium des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen im Parlamente. Das Präsidium des Reichsverbandes ö. Ä.-O., bestehend aus dem ersten und zweiten Vizepräsidenten Dr. Gruß und Dr. Skorscheban und Dr. Koralewski wurden Mittwoch den 24. Juni von den Abgeordneten Dr. Funke-Lößl, Dr. Kindermann, Merckhl, Malick, Mayr, Dr. Michl und Winter dem Herrn Ministerpräsidenten und dem Herrn Minister des Innern zugeführt. Dr. Gruß überreichte den Ministern eine Gedenkschrift und begleitete die Übergabe mit folgenden Ausführungen: Das Programm der Regierung Körber zur Ausgestaltung und Abänderung der Arbeiterkrankenversicherung und zur Schaffung einer Alters- und Invaliditätsversicherung wurde dem von der Regierung eingesetzten Arbeitsbeirate im k. k. Handelsministerium zur Beratung zugewiesen; diesem Arbeitsbeirate gehören Vertreter aller Interessensphären, insbesondere der Krankenkassenleitungen, sowie



der Arbeitsgeber, der Großindustriellen, sogar ein Weihbischof an, es wimmelt darin von Sozialdemokraten, den geschworenen Feinden der Ärzte. Alle diese haben im Arbeiterbeirate Sitz und Stimme, nur die praktischen Ärzte, die Ärztekammern, alle Organisationen, und deren Haut dort gemarktet wird, haben keinen einzigen Vertreter dort. Erst auf Drängen der Ärzteschaft wurde von diesem Arbeitsbeirate eine Enquete einberufen, in welcher geladene Ärzte ganz unverbindlich abgehört wurden. Dr. Gruß sagte am Ende der Enquete: „Wir Ärzte sind nun Rede und Antwort gestanden. Wir werden jetzt fortgehen und es wird beschlossen werden, was die sozialdemokratischen Krankenkassen befehlen!" Diese Vorhersage, welche, als sie Dr. Gruß vorgebracht hatte, als zu weitgegangen bezeichnet wurde, fand durch die folgenden Ereignisse nicht nur vollinhaltliche Bestätigung, sondern die einzigen Vorteile, die sich in der Körberschen Vorlage für die Ärzte fanden, wurden vom Arbeitsbeirate auch noch eliminiert. Es sind dies insbesondere zwei Bestimmungen: 1. Die, welche bezüglich der obligatorischen Krankenkassen die Möglichkeit bieten soll, die unentgeltliche ärztliche Behandlung auch nach dem Modus der freien Ärztewahl zu gewähren; 2. jene, die für die Zugehörigkeit zu einer obligatorischen Krankenkasse eine Einkommensgrenze von 2400 K jährlich festsetzt! Die erste Bestimmung des Regierungsentwurfes wurde vollständig eliminiert, die zweite soll eine weit höhere Einkommensgrenze — ich habe gehört 5000 K, fünftausend Kronen, annehmen. Dadurch wird die obligatorische Kassenzugehörigkeit nicht nur von $2^1/_2$ Millionen wie jetzt, zu 6 Millionen nach dem Programm der Regierung Körber, sondern ins Unermessliche ausgedehnt. — An der fakultativen Einführung der freien Arztwahl bei den obligatorischen Krankenkassen sind aber die Ärzte am meisten interessiert, denn davon hängt die ganze Zukunft des ärztlichen Standes und auch das Wohl der Kranken ab. Es ist nur selbstverständlich, daß eine pauschalierte ärztliche Behandlung, bei welcher die Einzelleistung mit kaum 20 Hellern „honoriert" erscheint, bei gleichzeitiger kolossaler Überbürdung des Kassenarztes keine solche sein kann, wie sie jeder Kranke, auch der Arme, zu fordern das Recht hat. Eine solche pauschalierte ärztliche Hilfe ist für den Arzt entwürdigend, sie ruiniert die Ärzteschaft moralisch und materiell, für den Patienten keinen Schuß Pulver wert. Die letzte Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes, durch welche die Aufhebung der Beschlüsse der Wiener Kammer, welche die Annahme jedweder ärztlichen Stelle bei einer registrierten Hilfskasse als standeswidrig erklärten, bestätigt wurde, hat die registrierten Hilfskassen bezüglich der Beschaffung wohlfeiler ärztlicher Hilfe den obligatorischen Arbeiterkrankenkassen gleichgestellt. Die Ärzteschaft hat sich bereit gefunden, eine verbilligte ärztliche Hilfe den wirklich Armen, den Arbeitern, zuzugestehen, sie erhebt aber flammenden Protest dagegen, daß auch Personen, welche sich in günstigen wirtschaftlichen Verhältnissen befinden, die gleiche Wohltat seitens der Ärzte zukommen soll. Die registrierten Hilfskassen sind aber in der Aufnahme von Mitgliedern unbeschränkt, es können die wohlhabenden, die reichen Leute eine solche Hilfskasse gründen, und nach der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes dürfen sie von den Kammern in der Beschaffung billiger ärztlicher Hilfe durch angestellte oder gar pauschalierte Kassenärzte nicht behindert werden. Durch die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes, zusammengenommen mit der geplanten obligatorischen Krankenversicherung nach dem Arbeiterkrankenkassengesetze ist der Ruin des ärztlichen Standes besiegelt. — **Die Ärzte rüsten zum Verzweiflungskampfe.** Man sagt, in Österreich könne, wenn sich eine Organisation recht geräuschvoll in Szene zu setzen versteht, eher ein Unrecht, als auf gesetzlichem Wege das primitivste Recht errungen werden. Die Ärzte sind bisher auf streng gesetzlichem Wege gestanden. Sie haben damit gar nichts erreicht. Deshalb haben sie sich organisiert im Reichsverbande österreichischer Ärzteorganisationen und ich bin ermächtigt, Euerer Exzellenz mitzuteilen, daß die Organisation der tschechischen und polnischen Ärzte vollendet ist und daß der Anschluß dieser Ärzte in den Reichverband unmittelbar bevorsteht. Exzellenz können den Ernst unserer Bewegung daraus ermessen, daß bei dem Hochgang der Fluten des nationalen Kampfes in Österreich die radikalsten Ärzte aller Nationen für die ärztlichen Angelegenheiten den Kampf ausgeschaltet haben und bereit sind, gemeinsam den Verzweiflungskampf um die der Ärzteschaft hartnäckig vorenthaltenen Rechte durchzukämpfen. — Wir sind uns bewußt, daß die Durchführung dieses Kampfes große Opfer von der Ärzteschaft fordern wird, aber wir sind bereit ihn durchzuführen in dem Bewußtsein, daß unsere gerechte Sache endlich zum Siege führen muß. — Der Reichsverband österreichischer Ärzteorganisationen muß heute schon jede Verantwortung dafür ablehnen, wenn dieser Kampf heftige Formen annimmt. Es ist eben ein Verzweiflungskampf.

Alkohol in den Tropen. Der frühere Bahnbauarzt beim Bahnbau Daressalam—Morogoro Dr. H. Kraus bemerkt in einem Aufsatze über den Gesundheitsdienst bei diesem Bahnbaue: „Der vermehrte Alkoholgenuß wirkt in den Tropen nicht nur im Stadium der Erregung schädigend, indem er die Gefühlseindrücke abstumpft und die sonst beachtete Vorsicht, oft auch die Würde der weißen Rasse den Schwarzen gegenüber vergessen läßt, sondern er schadet ebenso sehr im Stadium der Depression, indem er zur Arbeit unfähig, verdrossen und den untergebenen Schwarzen gegenüber ungerecht macht. Somit war es sicher von Bedeutung, daß die beiden Ärzte des Bahnbaues keinen Alkohol genossen und dadurch wiederum den Beweis lieferten, daß der Alkohol in den Tropen wohl entbehrlich ist. (Münchener mediz. Wochenschrift Nr. 52, 1907.)

VII. Eingesendet.

Aufruf. An alle Ärzte Österreichs! Dr. Friedrich Janeczek hat sich als Führer im Kampfe für die Interessen der Ärzte Niederösterreichs und durch die Sammlung der Ärzte Österreichs im Reichsverbande österreichischer Ärzteorganisation als Bahnbrecher um die gesamte Ärzteschaft Österreichs dauernde Verdienste erworben. Es ist eine Pflicht des Dankes, sein Andenken zu ehren. Janeczeks Andenken soll durch die Errichtung eines einfachen Grabdenkmales mit einer entsprechenden Gedenktafel auch sichtbar erhalten bleiben. Janeczek hat eine Familie hinterlassen, der durch seinen Hingang der Erhalter genommen ist. Für seine beiden Waisen ist nicht gesorgt. Es ist eine Pflicht der Dankbarkeit für Janeczek, für seine Kinder nach Möglichkeit so lange zu sorgen, bis sie imstande sind, sich ihren Lebensunterhalt selbst zu erwerben. Wir bitten daher alle Organisationen, Ärztekammern, ärztlichen Körperschaften, ärztlichen Standes- und Fachblätter, jeden einzelnen Arzt, Spenden für diese beiden Zwecke zu sammeln und an Herrn Dr. Skorscheban, Wien, VIII., Kochgasse 16 gelangen zu lassen. Es entspricht den geäußerten Absichten des Präsidiums wie der einzelnen Organisationen, daß für das schlichte Grabdenkmal nur eine geringe Summe, dafür der Hauptbetrag für die Waisen hinterlegt wird. Jede, auch die geringste Spende wird mit Dank angenommen und in den Standesblättern ausgewiesen.

Dr. Adolf Gruß m. p.

Dr. Skorscheban m. p. Dr. Koralewski m. p.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1907 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck bereits vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—;** nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—.**

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 3511 IV. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 28. Wien, 11. Juli 1908. **Nr. 28.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Nach Schluß des Blattes erhalten wir die Nachricht vom Tode Oskar Liebreichs. Wir werden demnächst eine eingehende Würdigung des Verstorbenen aus berufener Feder bringen.

Die Redaktion.

Die Ernährung der Herzkranken in den Bädern.

Von **Dr. Max Hirsch,** Kudowa.

(Schluß.)

Nimmt die Kompensationsstörung die schwersten Formen an, so schwer, daß Kreislaufstörungen eintreten, Cyanose sich einstellt, namentlich wenn, wie Bamberger betont, die auf Hirnanämie beruhenden Zerebralsymptome sich zeigen, dann kommen die bis dahin verboten gewesenen Genußmittel wieder zu Ehren. Starker, schwarzer Kaffee neben Koffeïneinspritzungen, die stärksten Weine, Champagner, Südweine, alte Rheinweine haben, worauf schon Stokes im vorigen Jahrhundert hingewiesen hat, also in einer Zeit, in der die Lehre von der Diät noch sehr im Argen lag, dann die Rolle zu übernehmen, die Lebensgeister wieder zu wecken und dem Herzen den Ansporn zu geben, seine letzten Kräfte noch einmal zusammenzunehmen und nicht zu versagen. Oft hat man damit ja auch den glänzendsten Erfolg. Und dieselben Gifte, die einst vielleicht die größten Feinde des Herzens waren, werden seine Retter aus der höchsten Not. Auch schon bei beginnender Kompensationsstörung soll man regelmäßig kleine Dosen Alkohol in Form von leichtem Wein geben, um das Herz regelmäßig zu stimulieren; dagegen würde Kaffee nur dann in Frage kommen, wenn sein Koffeïn als Herzstimulans erwünscht wäre. Sonst dürfte wohl der koffeïnfreie Kaffee vorzuziehen sein. Ich möchte nur noch kurz darauf hinweisen, daß bei der gestörten Kompensation in der Ernährung auf die Gesamtkonstitution mehr Rücksicht genommen werden muß, als auf die erhaltene. Namentlich ist in diesen Stadien vor Entfettungskuren strengstens zu warnen, die das Leben direkt gefährden würden.

Gestatten Sie mir, nur noch kurz auf zwei Krankheitsformen hinzuweisen, auf deren Ernährung im Badeorte besondere Rücksicht genommen werden muß: Koronarsklerose und Herzneurose. Bei der ersteren ist eine laktovegetabilische Diät sehr zu empfehlen oder wenigstens eine wesentliche Einschränkung des Fleischgenusses, da dessen Extraktivstoffe vermieden werden müssen. Im übrigen kommen auch hier die Prinzipien der kompensierten und inkompensierten Herzfehler in Betracht. Die Ernährung ist nach Art, Menge und Zeit der Nahrungsdarreichung zu regeln. In den Einzelheiten verweise ich auf das kürzlich erschienene Buch von Münz, Kissingen, über die Arteriosklerose. Die Herzneurose, meist durch Mißbrauch von Alkohol, Kaffee und Nikotin, sowie durch Anämie entstanden, verlangt ein Remotio causae, d. h. eine Entziehung der Schädlichkeiten, die sie hervorgerufen hat, also des Alkohols, Kaffees, Tabaks und eine Ernährung, die bei der Anämie am Platze ist. Im übrigen kommt das Regime der Neurastheniker in Betracht.

Was folgt aus all diesen Erörterungen für die Badeorte? Ich hoffe, Sie davon überzeugt zu haben, wie wichtig eine rationelle Ernährung in der Therapie der Herzkranken ist und ferner davon, wie einfach doch im allgemeinen die Diätvorschriften für Herzkranke auszuführen sind. Demnach ist es Aufgabe eines jeden Arztes, auch im Badeort, der Herzkranke in Behandlung bekommt, ihm Diätvorschriften zu geben, die sorgfältig und individuell aufzustellen sind und deren Wert durch Beobachtung des Stoffwechsels zu prüfen ist. Bei der Aufstellung der Vorschriften soll aber der Arzt im Badeorte nach Möglichkeit besondere Rücksicht auf die in den Pensionen übliche Tageseinteilung nehmen. Er soll nicht vergessen, daß er in der Saison, in der die Pensionswirte schon an sich alle Hände voll zu tun haben, ihnen die Tätigkeit nicht unnütz erschweren darf. Sie haben ja gehört, daß, abgesehen von den schwersten Fällen, die übliche Tageseinteilung, drei Haupt- und je nach Bedarf Nebenmahlzeiten, auch für Herzkranke gilt. Die schweren Fälle erfordern einer besonderen Wartung, besonders auch in bezug auf die Ernährung. Die Verpflegungswirte sollen aber ihrerseits auch die Anordnungen der Ärzte strikt ausführen und nicht etwa ihre Hausordnung höher stellen wollen, als das Wohl des Kranken. Sie sollen sich eben darüber klar werden, daß der Kranke einer besonderen Ernährung bedarf und der Badeort in der Hauptsache doch für Kranke bestimmt ist. Es sollte sich ein Ort nicht die in letzter Zeit so beliebt gewordenen Bezeichnungen „Herzbad" oder gar „Herzheilbad" anmaßen, wenn in ihm nicht der Herzkranke so ernährt werden kann, wie es die Lehre der Diät vorschreibt. Vor allem darf es in einem Herzbade keinen Trinkzwang geben, in keiner Form. Sie haben ja gesehen,



daß es nicht immer der Alkohol ist, dessen Genuß den Patienten verboten ist, sondern in viel mehr Fällen die alkoholfreien Ersatzgetränke, da diese meist kohlensäurehaltig sind. Der Kranke soll eben das zu essen und zu trinken bekommen, was ihm dienlich ist; es soll ihm nicht das als Nahrung aufoktroyiert werden, woran „viel verdient" wird.

Sind wir auch auf dem Gebiete der Herzkrankheiten nicht immer in der Lage, den Kranken heilen zu können, so haben wir doch viele Fortschritte aufzuweisen. Die großen Ärzte des klassischen Altertums, Hippokrates und Celsus, waren der Ansicht, daß das Herz überhaupt nicht erkranken könne. Im 18. Jahrhundert konnten scharfsinnige Ärzte, wie Lancisi, Albertini, Senac, Morgagni, aus dem Pulse und der Beobachtung der Herzgegend schon manche schöne Diagnose stellen. Mit Auenbruggers Perkussion und Laennecs Auskultation brach eine neue Ära auf dem Gebiete der Herzkrankheiten an, die durch Skoda, Rokitansky, Virchow und Traube wesentlich gefördert wurde. Aber trotz der Einführung der Digitalis durch Withering, der kohlensauren Bäder durch Jacob und mancher vorzüglichen physikalischen Heilmethode folgte die Therapie naturgemäß nicht so schnell diesen Fortschritten. Heute noch hören wir oft genug in den Kliniken nach den raffiniertesten Diagnosen und noch scharfsinnigeren Deduktionen manche Vorlesung über Herzkrankheiten mit der Resignation schließen: „Prognosis pessima, Therapia nulla". Möchte doch der Zeitpunkt nicht fern sein, wo man mit Hohnlächeln auch auf diese Resignation zurückblickt. Wir müssen eben in der Therapie und nicht am wenigsten bei den Herzkrankheiten alle Hilfsmittel anwenden, um das Los des Kranken zu erleichtern und ihm in seinem Kampf gegen die Krankheit zu helfen. Und unter den Mitteln der Herztherapie gebührt auch der Diät eine hervorragende Stelle, deren Vernachlässigung ein schweres Unrecht ist.

Literaturverzeichnis.

Bamberger: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. Wien 1857.

Bauer: Behandlung der Erkrankungen der Kreislaufsorgane; in Pentzoldt-Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. Jena 1898.

Broadbent: Herzkrankheiten. Deutsch von Kornfeld. Würzburg 1892.

Eichhorst: Das Herz in gesundem und krankem Zustande. Stuttgart 1904.

Einhorn: Die Kunst, das Körpergewicht nach Belieben zu erhöhen und zu erniedrigen. Berl. Klin. Wochenschr. 1904, Nr. 34.

Hirsch: Die Bedeutung der Diätetik in der Balneotherapie. Schles. Bädertag 1906.

Jacob: Balneotherapie. Berlin 1870.

Kisch: Zur Therapie der Herzinsuffizienz der Fettleibigen. Prag 1905.

Kraus: Ernährungstherapie der chronischen Herzkrankheiten; in Leyden-Klemperers Handbuch der Ernährungstherapie. Leipzig 1904.

Münz: Die Arterienverkalkung (Arteriosklerose). Berlin 1907.

Oertel: Die Behandlung der Kreislaufstörungen.

Philippi: Die Kenntnis von den Krankheiten des Herzens im 18. Jahrhundert. Berlin 1856.

von Rechenberg: Katechismus der menschlichen Ernährung. Leipzig.

Romberg: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. Stuttgart 1906.

Rosenbach: Krankheiten des Herzens. Wien—Leipzig 1897.

Rubner: Physiologie der Nahrung und Ernährung in von Leyden-Klemperers Handbuch der Ernährungstherapie. Leipzig 1904.

Schilling: Kompendium der diätetischen und physikalischen Heilmethoden. Leipzig 1900.

Schmidt: Die Funktionsprüfung des Darmes. Leipzig 1904.

„ Über die Wechselbeziehungen zwischen Herz- und Magendarmleiden. Verhandlung des 27. Balneologenkongresses.

Straeter: Die Herzhypertrophie usw.

Wilhelm: Ist das Koffeïn an der Kaffeewirkung beteiligt. Dissert. Würzburg 1895.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Stellen für Ärzte. — Verpflegungstaxen für Kinder und deren Begleitpersonen. — Das neue Zentralpferdeschlachthaus. — Herr v. Uriel.)

In der vorangehenden Wochenschau haben wir die Notwendigkeit betont, die Hindernisse zur Erlangung einer Anstellung möglichst zu beseitigen; das ist die negative Seite der Frage.

Sie hat aber auch eine positive Seite. Diese besteht darin, die Anstellungsmöglichkeiten zu vermehren. Wie man sieht, kostet die Sache schon ein gewisses Kopfzerbrechen; aber wir sind der naiven Ansicht, daß unsere freigewählten Führer sich eben anstrengen müssen, einen Ausweg zu finden, nicht daß sie sich damit begnügen, alles nach dem Schema F zu behandeln, und fleißig nach der weltfremden Standesordnung zu richten.

Aber wir wollen ihnen helfen und rücken gleich mit einem Vorschlag heraus, von dem wir im vornherein annehmen, daß er ein gewaltiges Schütteln des Kopfes hervorrufen wird. Man höre und staune!

Es bestehen z. B. in Wien drei große Verwaltungskörper, um nur die größten zu nennen, das Allgemeine Krankenhaus, das Medizinische Doktorenkollegium, die Ärztekammer. Diese Institute besitzen einen Beamtenkörper, dessen Einkommen für sehr viele Ärzte ein Gegenstand des Neides ist, um es einfach herauszusagen, und besonders für die stellenlosen Ärzte. Einen fixen Gehalt, pensionsfähig, eine angenehme Arbeitszeit, Herz, was verlangst du noch mehr? Man komme nun nicht mit dem Einwande, diese Stellen seien nicht standesgemäß. Was manche Ärzte aus Not treiben müssen, ist noch weniger standesgemäß. Und auch der zweite Einwand, den man machen könnte, die Ärzte verstünden diese Arbeit nicht, ist nicht stichhältig. Schließlich studiert niemand auf die Stelle eines Beamten, z. B. der Ärztekammer. Und woher nehmen denn die jetzigen Beamten die Vertrautheit mit den sanitären Fragen in ihrem Wirkungskreise? Sie eignen sie sich allmählich an. Das Umgekehrte werden auch die Ärzte treffen. Und sollten doch noch spezielle Kurse nötig sein, so wird ein Kollege, der vergeblich eine Existenz zu gründen versucht, gerne einige Wochen einen verwaltungstechnischen Kurs hören, und sich in die bis dahin fremde Materie versenken, um sein Brod zu verdienen, und etwa noch für seine Familie zu sorgen; man wird diese Zeilen verstehen, wenn man gesehen hat, wie Ärzte mit grauen Haaren noch zahnärztliche Kurse besuchen, da sie umsatteln müssen, weil die freie Praxis sie nicht mehr ernährt.

Natürlich denkt niemand daran — doch wollen wir es zur Vermeidung von Mißverständnissen eigens betonen —. bereits angestellte Beamte zu verdrängen; aber in den genannten Verwaltungskörpern werden alljährlich Stellen frei, die man getrost mit Ärzten besetzen soll; für das Angebot und für das prinzipielle Gelingen des Versuches garantieren wir.

Wir geben zu: die vorgeschlagene Maßregel ist eine Ausnahmsmaßregel. Aber befindet sich nicht unser ganzer Stand in einem Ausnahmszustand? Für den Ausnahmszustand Ausnahmsmaßregel, anders geht es nicht.

Wir wollen nicht an das kollegiale und nicht an das humanitäre Gefühl jener Ärzte, die bereits gelandet sind, appellieren; denn wer die wüsten Kämpfe in seiner Studentenzeit erlebt hat, wer dann staunend mitansah, wie man einer Anzahl von Kollegen das Wahlrecht raubte, einfach, weil sie nicht nach Österreich zuständig waren — ein Vorgang, der in einer Standesvertretung ohne Beispiel ist —, der muß zweifeln, daß diese Gefühle Gemeingut aller Ärzte sind. Wir appellieren einfach an die Klugheit der Wiener Ärzteschaft, weil unser Weg einfach ist und zu dem Ziele führt, das alle billigen werden: den Stand zu heben, ohne dem Einzelnen wehe zu tun.



In einzelnen Kronländern wird von den öffentlichen Krankenanstalten in jenen Fällen, in denen daselbst Kinder in Begleitung einer Pflegeperson aufgenommen werden, außer der auf das Kind entfallenden Verpflegungstaxe noch eine Taxe im vollen Betrage für die Pflegeperson aufgerechnet. Das Ministerium des Innern hat nun Verhandlungen mit den in Betracht kommenden Landesvertretungen eingeleitet, um einheitlich den Grundsatz zur Geltung zu bringen, daß seitens der Krankenanstalten für die Verpflegung eines Kindes samt Pflegeperson, wenn die Aufnahme der letzteren, sei es auf Grund statutarischer Bestimmungen oder mit Rücksicht auf den konkreten Fall, erfolgt ist, zusammen nur die Verpflegstaxe mit jenem Betrage aufgerechnet werden darf, der der vollen Verpflegstaxe für eine erwachsene Person entspricht.

Eine wichtige hygienische Maßregel ist die Eröffnung des neuen Pferdeschlachthauses. Die Notwendigkeit seiner Errichtung ist zugleich auch ein Dokument für die fortwährende Verteuerung der wichtigsten Nahrungsmittel, die die Bevölkerung zwingt, das Vorurteil — und zwar das unbegründete Vorurteil — gegen Pferdefleisch fallen zu lassen.

Das Zentral-Pferdeschlachthaus wurde am 22. Juni der Benützung übergeben. Die Statthalterei hat den Schlachthauszwang für das ganze Gebiet der Stadt Wien in seinem jeweiligen Umfange ausgesprochen; vom Tage der Eröffnung des Zentral-Pferdeschlachthauses an ist die Benützung bestehender und die Anlage neuer Privatschlachthäuser untersagt. Mit Rücksicht auf die im 21. Bezirke bestehenden besonderen Verhältnisse wird auf die Dauer von längstens drei Jahren gestattet, daß in diesem Bezirke der Schlachthauszwang nicht durchgeführt werde.

Herr v. Uriel wird gehen; endlich hat man in militärischen Kreisen erkannt, daß die antisemitischen Mätzchen dieses Herrn doch nicht genügen, um die klaffenden Lücken in unserem Sanitätswesen auszufüllen. Herr v. Uriel kann jedenfalls mit dem Bewußtsein in Pension gehen, daß er ein komplettes militärisches Korps übernommen hat, seinem Nachfolger aber einen so dezimierten Stand überliefert, daß er kaum dem Friedensstand, geschweige dem Ernstfalle genügt.

Die „Zeit“, die sich von einer gewaltigen Himmelsstürmerin zu einem frommen Regierungslamme gemausert hat, überdies alle Sympathien der Ärzte durch ihren ärztlichen Briefkasten verscherzt hat, kann Herrn v. Uriel nicht genug loben; besonders hebt sie hervor, daß seine Inspektionen keine „Besichtigungen“, sondern wirkliche Untersuchungen waren.

Wir wollen unseren Lesern erzählen, was es mit den Urielschen Inspektionen für eine Bewandtnis hat. In Südungarn steht an der Spitze eines Garnisonsspitales ein Oberstabsarzt, der eine vorzügliche Konduite, aber einen Fehler hatte; er gehörte nicht dem nach Uriel allein seligmachenden Glauben an. Uriel kam zur Inspektion. Er untersuchte das Gebäude und die Einrichtungen wirklich von oben nach unten; und von unten nach oben; eigenhändig suchte er ein wenig Staub unter den Schränken und Betten zu finden. Alles umsonst! Endlich, nachdem er auch nicht den geringsten Anstand erheben konnte, sagt er mit süßsaurer Miene zu dem Oberstabsarzte: „Es ist wirklich nicht schwer, ein so schönes Spital in Ordnung zu halten“. Sprachs und verschwand.

Uriel — verschwinde!

Internationaler Laryngo-Rhinologenkongreß.

Wien 20.—25. April 1908.

(Schluß.)

Die Kenntnis der Kehlkopftuberkulose im griechischen und römischen Altertum. Nach dem Vortrage von Dr. R. Imhofer, Prag.

Als erster, bei dem wir Kenntnisse der Kehlkopftuberkulose finden, erscheint Hippokrates. Derselbe schildert eine Form der Schwindsucht, bei welcher die Stimme rein bleibt, und scheidet von dieser eine solche, wo die Stimme durch Geschwürsbildung in den oberen Luftwegen leidet. Er schildert das eigentümliche Juckgefühl, den schlechten Geruch aus dem Munde, den Husten ganz genau und gibt an, daß später Fieber auftrete und den Kranken hinwegraffe. Seine Behandlung ist eine durchaus rationelle, wenn auch rein diätetische; er empfiehlt Eselsmilch, Aufenthalt in reiner Luft usw. Auch Celsus spricht von Geschwürsbildung in der Luftröhre. Die anderen griechischen und römischen medizinischen Autoren kannten nur den Symptomenkomplex der Angina, in welchem alle schweren Erkrankungen des Rachens und Kehlkopfes, die mit Schluck- und Atembeschwerden einhergingen, zusammengefaßt wurden.

Eine Wandlung brachte wieder Galen. Galen spricht direkt von einer Erkrankung des Kehlkopfes, die mit Geschwürsbildung endigt und im weiteren Verlaufe, auf die Lunge übergreifend, zur Schwindsucht führt. Die Diagnose stellt er aus dem bestimmten Schmerze in der Gegend des Kehlkopfes, aus dem Auswurfe von Borken und Knorpelstückchen. Bemerkenswert ist seine Behandlungsmethode. Er glaubt, daß es möglich sei, in den Mund genommene flüssige Medikamente, auf dem Rücken liegend, langsam in den Kehlkopf hinabrinnen zu lassen. Erst vor ganz kurzer Zeit hat Heryng, Warschau, diese Methode wieder empfohlen und als Kehlkopfgurgeln bezeichnet, ein neuer Beweis dafür, wie häufig in der modernen Wissenschaft Altes und Vergessenes wiederkehrt.

Der griechische Gesandte Manos erschien in der Schlußsitzung des Kongresses und entschuldigte sein Fernbleiben am Eröffnungstage.

Dr. Eicken, Freiburg i. Br., sprach über die Erfolge der Killianschen Radikaloperation der Stirnhöhleneiterungen an der Freiburger Klinik, im Anschlusse daran berichtete Assistent Kahler über die Erfahrungen, die an der Klinik des Hofrates Chiari mit dieser Operation gemacht wurden.

Dr. Brünings, Freiburg i. Br., zeigte sein neues Instrumentarium zur direkten oberen Bronchoskopie.

Dozent Dr. Baumgarten, Budapest, hielt einen Vortrag über „Kehlkopf- und Ösophagusverengerung und ihren Einfluß auf die Geschlechtsorgane.

Spracharzt Dr. Hugo Stern, Wien, hielt einen Vortrag über Störungen der Sprache und Stimme bei Nervenkrankheiten. Nach Besprechung der wichtigsten subjektiven und objektiven Symptome (Ermüdung, Näseln, Nichthaltenkönnen eines Tones, Atmungskrämpfe wie z. B. beim Stottern, Tremolieren usw.) zeigte der Vortragende einige Hilfsmittel für die Funktionsprüfung der Sprache und Stimme und besprach schließlich die Therapie, die ganz ausgezeichnete Resultate gibt.

Struychen, Breda, sprach über die Beobachtung der Luftschwingungen und ihre photographische Aufnahme.

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Spirochäten. Trypanosomen.

In der heutigen Vormittagssitzung der ersten Sektion wurde die Frage betreffend die krankheiterregenden Spirochäten erörtert. Das einleitende Referat erstattete Herr Doflein (München). Der Vortragende beschäftigte sich in erster Linie mit der zoologischen Seite des Problems. Unter Spirochäten versteht man spiralgebogene Kleinlebewesen, an deren größten Formen man Vakuolen zu erkennen vermag. Bei diesen unterscheidet man eine äußere, stärker lichtbrechende Zellschicht und ein Zentralteil. Der Vortragende ist der Ansicht, daß die Zuweisung der Spirochäten zu der Flagekatengruppe, wie Schaudinn annimmt, nicht sicher begründet sei, Formveränderungen spielen bei ihren Bewegungen eine große Rolle; doch kommen Bewegungen auch durch Körper-



fortsätze bei ihnen vor. Die Vermehrung der Spirochäten erfolgt durch Zweiteilung, und zwar der Länge nach. Für die Entscheidung der Frage, ob die Spirochäten Protozoen oder Bakterien seien, kommt diese Vermehrungsform nicht in Betracht. Vorläufig ist es zwecklos, ein genaues System der Spirochäten aufzustellen. Auf Grund der Beobachtungen, welche über die Lebensweise, die Nahrungsaufnahme der Spirochäten angestellt wurden, kann man die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, daß es gelingen werde, sie in Reinkulturen zu züchten. Herr Doflein behauptet nun, daß die Spirochäten keiner der bekannten Protozoengruppen zugewiesen werden können. Geschlechtliche Vorgänge, Generationswechsel kommt bei ihnen nicht vor. — Den pathologischen Teil behandelte Herr Levaditi vom Institut Pasteur in Paris.

1. Eine gewisse Anzahl von Infektionskrankheiten der Menschen und Tiere, die durch Spirillen hervorgerufen werden, ist gegenwärtig bekannt. Abgesehen von der Syphilis, der tropischen Frambösia und einer Schweine-Dermatosis, sind alle Spirillosen tatsächlich wirkliche Blutinfektionen. Die Spirillen des europäischen und des amerikanischen Rekurrensfiebers, des Zeckenfiebers (afrikanisches Rekurrensfieber), sowie der Spirillose der Gänse, Hühner und Flattertiere wuchern im Blutkreislauf, wo sie sich in außerordentlicher Weise vermehren. Die verschiedenen krankheitserregenden Spirillen unterscheiden sich voneinander durch ihre morphologischen Kennzeichen und biologischen Reaktionen. Es gibt indessen zwischen gewissen Arten von Spirillen Ähnlichkeiten, auf Grund deren man sie miteinander sehr nahe verwandt bezeichnen kann. Wo die mikroskopische Untersuchung bemerkenswerte Unterschiede zwischen zwei pathogenen Spirillen nicht erkennen läßt, können Serumreaktion, Pfeiffersches Phänomen und aktive Immunität recht deutliche Verschiedenheiten aufweisen. Auf diese Weise hat man zwischen Spir. Obermeyeri, Spir. Duttoni und den Spirillen des amerikanischen Rekurrensfiebers unterscheiden können. Es ist behauptet worden, daß die krankheitserregenden Spirillen Protozoen seien und nicht Bakterienarten. Diese Frage ist entgültig noch nicht entschieden.

2. Es ist bisher unmöglich gewesen, krankheitserregende Spirillen außerhalb des lebendigen Organismus zu züchten. Eine Kultur dieser Spirillen konnte nur in Kollodiumsäcken gezüchtet werden, welche in das Peritoneum von Kaninchen eingeführt wurden. Auf diese Weise hat man reichliche Kulturen mit einer langen Reihe von Nachkommenschaft erhalten. Unter diesen Verhältnissen behalten die Parasiten einen Teil ihrer Virulenz auf lange Zeit. Viele der bekannten Spirillosen sind Rückfallkrankheiten.

Der erste Fall endet mit einer Krisis oder Lysis, während welcher die Spirillen mehr oder weniger schnell aus dem Blutkreislauf verschwinden. Der Vorgang der Vernichtung der zirkulierenden Spirillen ist gut untersucht und festgestellt worden. Das Verschwinden der zirkulierenden Parasiten wird nicht durch die bakteriologischen Antikörper verursacht, denn diese Antikörper erscheinen erst einige Zeit nach der ersten Lysis. Die Krisis wird durch die Aufnahme der Spirillen durch die Phogozyten verursacht und durch deren intraprotoplasmatische Vernichtung, wie sich aus der mikroskopischen Prüfung der Organe von Tieren ergeben hat, welche während der Evolution der Krisis getötet wurden. Die Spirillen bleiben während der Krisis lebendig und beweglich. Eine kernige Umwandlung der während des kritischen Vorganges untersuchten Spirillen ist niemals festgestellt worden. Welchem Umstande ist der Rückfall zuzuschreiben? Eine Einimpfung mit Blut und mit den Organen von Tieren, welche ihre Krisis durchgemacht hatten, zeigt, daß eine gewisse Anzahl von lebenden und giftigen Parasiten aus der Krisis unbeschädigt hervorgehen. Übrigens kann man auch durch die mikroskopische Untersuchung, vorausgesetzt, daß sie an einer großen Anzahl von Präparaten vorgenommen wird, im Blute typisch Spirillen finden, woraus sich ergibt, daß die zwischen zwei Anfällen liegende Akalmie nicht einem besonderen Stadium der Evolution der Spirillen entspricht.

Gleich der Hygiene des Säuglingsalters bildet auch die Hygiene des schulpflichtigen Alters den Gegenstand eingehender Erörterung in Sektion III. Zunächst handelt es sich um die Frage der „Überarbeitung in der Schule“, eine im wesentlichen Sinne internationale Frage. An Stelle von Maties. Paris, hatte Griesbach, Mühlhausen, dessen Referat übernommen. Die Schlußfolgerungen von Maties, die sich vorwiegend auf französische Verhältnisse beziehen, lauten ungefähr folgendermaßen: Die Überarbeitung beginnt mit dem Augenblicke, wo das Kind oder der Jüngling infolge des dauernden Sitzens auf der Schulbank sich nicht mehr so ausreichend in der frischen Luft aufhalten und herumtreiben kann, daß das Wachstum und die körperliche Entwicklung ihren Fortgang nehmen. Die geistige Überarbeitung, die durch das übermäßig lange Sitzen in der Schule besonders begünstigt wird, bedroht in erster Linie junge Leute, die eine gewisse Empfänglichkeit dafür besitzen. Sie ist eine Folge des dauernden Stillsitzens, der dauernd angespannten Aufmerksamkeit und der hiedurch entstehenden Überbürdung des Gehirns. Der Eintritt der geistigen Überarbeitung kann auch durch tägliche. wöchentliche oder gar ein Jahr umfassende Ruhepause nicht genügend gehindert werden. In Frankreich kann man das übermäßig lange Sitzen und die Erscheinungen der geistigen Überarbeitung sowohl in den Elementarschulen als in den höheren Schulen beobachten. Das übermäßig lange Sitzen hängt wesentlich mit der Überlastung des Klassenstundenplanes und der Menge der häuslichen Arbeiten zusammen, die von den Alumnen in den dafür bestimmten Sälen und von den auswärtigen Schülern zu Hause gemacht werden müssen. Das zu lange Sitzen fängt schon im Kindergarten an, den die Kinder besuchen, ehe sie in die Elementarschule kommen. In der Elementarschule ist die Überarbeitung bei den Schülern am schlimmsten, die sich für das Abgangszeugnis der Elementarschule vorbereiten, das in der Regel mit 13 Jahren erworben wird. Während dieser Vorbereitung kommt es vor, daß die Kinder täglich zehn Stunden bei der Arbeit sitzen, und daß sie nur den Donnerstag und Sonntag Nachmittag frei haben. In den höheren Schulen werden wöchentlich 22—25 Stunden gegeben. An Donnerstagen und Sonntagen fällt der Unterricht aus. Die Lehrer rechnen im allgemeinen eine Stunde Vorbereitung für jede Schulstunde; in Wirklichkeit erfordert die Vorbereitung oft eine längere Zeit. Viele Familien steigern das regelmäßige Arbeitspensum noch durch Musik- und Zeichenstunden, sowie durch Unterricht in den lebenden Sprachen oder durch Nachhilfestunden in den Schulgegenständen. Die Überarbeitung benachteiligt in hohem Grade die geistige Arbeit und veranlaßt schwere gesundheitliche Störungen, besonders bei jungen Leuten mit erblicher Anlage zur Nervosität, die in die großen von der Regierung unterhaltenen Unterrichtsanstalten eintreten oder ein Universitätsstudium ergreifen wollen. In unserem Zeitalter droht aber eine erbliche nervöse Belastung einen immer größeren Umfang zu nehmen.

Einen entgegengesetzten Standpunkt, der allerdings in der Diskussion lebhaft bekämpft wurde, nahm Czerny, Breslau, ein, der die Überarbeitung durch die Schule für normale Kinder von keiner Seite für erwiesen hält. Die Krankheitssymptome, welche auf Überarbeitung bezogen werden, sind zumeist Folgen der Wärmestauung bei mangelhafter Ventilation der Schulräume. Objektiv feststellbare Störungen durch angebliche Überarbeitung in der Schule finden sich nur bei psychopathischen (nervös-veranlagten) Kindern. Prophylaktisch kommt eine zweckmäßige Erziehung der Kinder im Hause schon vor und während des Schulbesuches in Betracht, eine Erziehung zum Pflichtbewußtsein, Beherrschung des Willens und zur Subordination unter die Autorität der Eltern und Lehrer. Den Schlußpassus der Czernyschen Ausführungen wird man voll unterschreiben können. Er bildet ein wesentliches Mittel zur Lösung dieser Frage.

In engem Zusammenhang mit der Schulüberbürdung stand das Thema „Zweckmäßigste Regelung der Ferienordnung“. Burgerstein, Wien, besprach zunächst die für die Ferien ihm am günstigsten erscheinende Zeit. Von diesem Gesichts-



punkte sind Ferien einerseits ganz angebracht, wenn Vorteile der Schulfreiheit behufs Resistenzgewinnung am stärksten zur Geltung kommen können, andererseits dann, wenn Schädigungsmöglichkeiten (herabgesetzte Widerstandsfähigkeit, ungünstige klimatische und meteorologische Faktoren) am meisten in den Vordergrund treten. Für alle höheren Schulen sowie für alle Schulen überhaupt an großen Ansiedelungen beginnen die Hauptferien am günstigsten unmittelbar nach Schluß des Schuljahres. In gemäßigten Klimaten ist für die Hauptferien die beste Zeit am Jahresabschnitt der größten Tageslängen und höchsten Außentemperaturen gelegen. Die Erfahrung zeigt, daß die Hauptferien allein nicht genügen, schon wegen der ungünstigen Luftverhältnisse. Als erste größere Arbeitsunterbrechung im Schuljahre sind deshalb in Mitteleuropa Ferien um die Jahreswende angezeigt. Soweit dem Referenten exaktes Material vorliegt, scheint ihm etwa im März die Widerstandsfähigkeit der Schuljugend gegen schädliche Einflüsse sehr gering; es sei daher eine zweite größere Ruhezeit in Mitteleuropa etwa Ende März angezeigt. Zur Beurteilung der Anforderungen an die Länge für die einzelnen Ferienstücke fehlt das noch nötige exakte Material. Empfohlen sei bis auf weiteres für Mitteleuropa: Schuljahrbeginn zirka Anfang September, dann zirka $3^1/_2$ Monate Unterricht, 2 Wochen Ferien um Weihnachten, dann zirka 3 Monate Unterricht, 2 Wochen Ferien etwa Ende März, dann gegen 3 Monate Unterricht, Hauptferien Juli und August.

Eulenburg, Berlin, kommt zu ähnlichen Forderungen. Er beschäftigt sich mit der Dauer der Ferien und hält 80 bis 90 Tage, wie sie auch jetzt in den meisten deutschen Bundesstaaten und in den Nachbarländern tatsächlich bestehen, für ausreichend und den gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend. Ebenso kann an der Verteilung der Ferien auf die verschiedenen Jahreszeiten, wie sie gegenwärtig — zum Teil in Anlehnung an die hohen Kirchenfeste (Weihnachten, Ostern, Pfingsten) — durchgängig geübt wird, im Prinzip festgehalten werden. Im einzelnen sind bezüglich der Ferieneinteilung folgende Wünsche auszusprechen: Die ausgedehntesten Ferien müßten stets in die heißeste Zeit des Jahres, in Mitteleuropa also in die mit höchsten Durchschnittstemperaturen und höchsten absoluten Temperaturwerten versehenen Monate Juli und August fallen (Sommerferien) und sind über die an den meisten Orten bisher übliche Zeitdauer von vier allenfalls fünf auf mindestens sechs Wochen zu verlängern. Diese Verlängerung kann, wie es schon bisher vielfach, namentlich in den süddeutschen Bundesstaaten, in Elsaß-Lothringen und zum Teil in den westlichen Provinzen Preußens geschieht, durch Zusammenlegung der Sommerferien mit den kurzen Ferien am Herbstbeginn (sogenannte Michaelisferien) erzielt werden. Allerdings ist dabei die notwendige Voraussetzung, daß — wie es ja auch aus pädagogischen Gründen lebhaft befürwortet wird — das Ende des Schuljahres oder des Sommerhalbjahres mit dem Beginne der Sommerferien zusammenfällt, nicht aber in das siebenwöchige sogenannte zweite Sommervierteljahr gelegt wird. Die Weihnachts-Neujahrsferien sollten im Interesse der Lehrer und Schüler auf ungefähr drei Wochen ausgedehnt werden. Oster- und Pfingstferien sollten je ein bis eineinhalb Wochen betragen. Im übrigen braucht auf dem Gebiet der Ferienordnung und Ferieneinteilung keineswegs eine mechanische Gleichmacherei zu herrschen. Den klimatischen und sonstigen Verschiedenheiten, örtlichen Wünschen und Lebensgewohnheiten ist vielmehr, wie es schon geschieht, nach Gebühr Rechnung zu tragen. Auf eine strenge einheitliche Regelung des Ferienwesens der höheren und niederen Schulen ist daher grundsätzlich zu verzichten. Zur Überwachung der Gesundheit der Schüler sind in vielen Städten seit einigen Jahren Schulärzte angestellt, die teils nebenamtlich, teils im Hauptamte fungieren. Mannheim z. B. hat einen Schularzt im Hauptamte, und dieser Dr. Stephani berichtete über die Erfahrungen des Systems der Schulärzte: Die allgemeine Durchführung schulärztlicher Tätigkeit ist nur möglich, wenn das System der Schulärzte im Nebenamt neben dem System des Schularztes im Hauptamte anerkannt wird. Das System nebenamtlicher Schulärzte kommt für Landschulen oder für kleinere Städte mit einer Gesamtschülerzahl von weniger als 1000 Kindern allein in Betracht. Für Stadtschulen mit größerer Kinderzahl, in welchen die Hygiene der Schulgebäude und eine eingehende individuelle Beobachtung in den Geschäftskreis des Schularztes nicht einbezogen wird, kann das System nebenamtlicher Schulärzte ebenfalls genügen. Das System des Schularztes im Hauptamte oder des Berufsschularztes ohne Privatpraxis kann allein in Frage kommen, wenn bei einer größeren Schulbevölkerung neben der gewöhnlichen Untersuchung der Lernanfänger und der allgemein üblichen Überwachung noch ein näheres Eingehen auf die Hygiene der Schulgebäude, auf eine fortlaufende Beobachtung geistig schwach oder krankhaft beanlagter Kinder oder gar auf die Hygiene des Unterrichtes verlangt wird. Als Grundbedingung für die erfolgreiche Wirksamkeit jeglichen Systems schulärztlicher Tätigkeit ist zu fordern, daß ein Arzt als vollberechtigtes Mitglied in das maßgebende Schulkollegium eintritt, um die gesundheitlichen Interessen der Schüler und der Lehrer nachhaltig vertreten zu können. (Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Die Therapie der Mittelohreiterung in den Händen des praktischen Arztes. Von Prof. Siebenmann. (Schluß.)

Als weitaus das beste, d. h. als das unschädlichste und wirksamste Verfahren hat sich die von Bezold in die Ohrenheilkunde eingeführte Borsäurebehandlung erwiesen. Die Borsäure wird als konzentrierte wässerige Lösung und als feines trockenes Pulver angewandt. Das Borwasser wird vor dem Gebrauche auf Körpertemperatur erwärmt und daraufhin wenigstens mit der Hand kontrolliert. Als Spritze benutzt man am besten eine kurze aber dicke und leichte Stempelspritze, welche etwa 100—150 cm^3 faßt und so gearbeitet ist, daß sie mit einer einzigen Hand bedient werden kann.

Nach der Injektion sollen Paukenhöhle und Gehörgang durch Luftdusche und Austrocknen möglichst befreit werden von dem Spritzwasser und von zurückgebliebenem Sekret und zum Schluß wird trockenes, feines Borsäurepulver insuffiert.

Unter der Borsäurebehandlung beträgt die Dauer der akuten Mittelohreiterung beim Erwachsenen im Mittel etwa 20 Tage; beim Kinde, dessen Mittelohrräume entsprechend einfacher gebaut sind, pflegt sie weniger lang, zuweilen sogar nur einen oder einige wenige Tage anzuhalten und in letzterem Falle nicht in eigentlich eitriges Stadium zu treten. Schwere destruierende Scharlachotitiden halten dagegen ohne Behandlung oft durch die ganze Lebensdauer hindurch an; das nämliche gilt von den Folgezuständen der tuberkulösen Mittelohreiterungen. Selbst bei richtig durchgeführter Vorbehandlung kann eine Scharlachotitis monatelang dauern, da die großen Defekte in den Wänden der Mittelohrräume zu ihrer Übernarbung eine entsprechend lange Zeitdauer erfordern. Extraktion abgestoßener Sequester und Entfernung von obstruierenden Granulationen per vias naturales oder von den operativ zugänglich gemachten Mittelohrräumen aus kommen hier häufiger in Anwendung als bei den gewöhnlichen Formen der akuten Mittelohreiterung.

In der Regel soll der Schmerz allein innerhalb der ersten 8—10 Tage der Erkrankung keine Indikation zur Aufmeißelung des Warzenteiles bilden. Auch periostale Infiltrate, die während dieser Zeit auftreten, sollen zunächst noch konservativ mit Eis behandelt werden. Anders dagegen verhält es sich mit später erscheinenden, schmerzhaften Schwellungen der hinteren Gehörgangswand und der Retroaurikulargegend.

Natürlich darf mit der operativen Eröffnung der eiternden Knochenräume auch dann nicht zugewartet werden, wenn bedrohliche Allgemeinerscheinungen auftreten. Fieber begleitet beim Erwachsenen wie beim Kinde häufig den Beginn der Mittelohreiterung. Dasselbe ist für die Wahl der therapeutischen Maßnahmen natürlich ohne Bedeutung, solange als es noch bezogen werden kann auf die der Ohrentzündung zu-



grunde liegende Allgemeininfektion, wie z. B. bei Influenza, akuter Bronchitis, Pneumonie, Masern, Scharlach. Auch noch über das Anfangsstadium der Mittelohreiterung hinaus pflegt im früheren kindlichen Alter ein fieberhaftes Stadium selbst wochenlang anzuhalten, ohne daß deswegen irgend eine ernstere, vom Ohr ausgehende Komplikation ihr zugrunde liegen muß. Anders dagegen liegen die Verhältnisse, wenn diffuse Kopfschmerzen ohne andere ersichtliche Ursache andauern und nachts exazerbieren (Extraduralabszeß), wenn Erwachsene auch in späteren Stadien noch fiebern, das Fieber sprungweise auftritt und zudem die jeweiligen Temperaturerhöhungen mit einem Frostanfalle einsetzen, (jauchende Thrombose der großen venösen Blutleiter), wenn hyperämische Veränderungen des Augenhintergrundes oder gar Stauungspapille auftritt und wenn Labyrinthsymptome — spontaner Nystagmus, Schwindel, Brechreiz, auffällige rasche Gehörabnahme — einsetzen. In allen diesen Fällen handelt es sich um lebensbedrohende Komplikationen; hier muß der allgemeine und lokale Zustand genau geprüft und der geeignete Zeitpunkt zu einem rettenden operativen Eingriff ja nicht versäumt werden. — Eine ausgesprochene eitrige Meningitis pflegt zuweilen als isolierte, von der Mittelohreiterung durchaus unabhängige Komplikation diese und jene Infektionskrankheit zu begleiten; sie bildet im allgemeinen keinen Angriffspunkt für operative Maßnahmen, sobald sie in diffuser Form auftritt. Ergibt das klinische Symptomenbild und das Resultat der Lumbalpunktion, daß auch der Wirbelkanal in den Bereich der Entzündung hineinbezogen ist, so beschleunigt nach unseren Erfahrungen eine Trepanation den unglücklichen Ausgang. — Wichtig ist es dagegen, daß Zeichen eines Hirnabszesses nicht übersehen, sondern sofort richtig gedeutet werden. Die schwer zu diagnostizierenden Kleinhirnabszesse sind bei der akuten Mittelohrentzündung seltener als die Abszesse des Schläfenlappens; neben auffälliger Herabsetzung der Körpertemperatur kommt hier beim Vorhandensein von linksseitigen Temporalabszessen namentlich dem Auftreten von amnestischer Aphasie eine hervorragende pathognomonische Bedeutung zu. Treten Reizungs- und Lähmungserscheinungen in der Muskulatur der gegenüberliegenden Körperhälfte auf, so handelt es sich meistens schon um eine größere Abszeßhöhle oder um weit ausstrahlende enkephalitische Entzündung.

Bei der tuberkulösen Mittelohreiterung gehen wir ziemlich genau vor wie bei der gewöhnlichen akuten Eiterung. Nur ist an Stelle der Borinsufflation die Anwendung eines Gemisches von Borpulver mit Jodoform (9 : 1) zu empfehlen. Auch hier wird also das eiternde Ohr zunächst mit lauer konzentrierter Borsäure ausgespritzt, dann die Luftdusche angewendet, im Anschlusse daran sorgfältig mit der watteumwickelten Sonde ausgetrocknet und zum Schluß Borjodoform insuffliert. Dies wird, solange das Ohr reichlicher fließt, täglich einmal wiederholt; später, wenn die Sekretion fast aufgehört hat und der Gehörgang auch nach mehreren Tagen kaum noch feucht wird, genügt es, wenn Sie diese Prozedur wöchentlich ein- bis zweimal wiederholen. Bleibt das Ohr wochenlang trocken, so wird die Behandlung sistiert. Es ist wichtig, daß bei der Tuberkulose des Ohres der Arzt selbst die betreffenden Maßnahmen ausführt und dieselben nicht dem Patienten selbst überlassen werden. Leichte Formen dieser Ohraffektion heilen selbst beim Erwachsenen gewöhnlich ohne operative Eingriffe. Ist aber die Eiterung sehr reichlich und ausgedehnt, treten deutliche Zeichen von Erkrankung des Warzenfortsatzes hinzu, so muß, falls der Allgemeinzustand nicht wegen Tuberkulose anderweitiger und lebenswichtiger Organe ein hoffnungsloser ist, der erkrankte Knochen ausgiebig und nötigenfalls selbst unter partieller Resektion des Labyrinthes entfernt werden.

Was die Behandlung der übrigen Formen der chronischen Otorrhoe betrifft, so sind nach Bezold dieselben in zwei Hauptgruppen einzuteilen: 1. in diejenigen mit zentraler Perforation und überall erhaltenem häutigen Trommelfellrand und 2. in diejenigen mit sogenannter randständiger Perforation, bei denen am oberen Pol und oft auch hinten oben der häutige Trommelfellrand fehlt — die Cholesteatome. Die erste Hauptgruppe, diejenige mit zentraler Perforation, wird genau so behandelt wie die akuten Mittelohreiterungen, nur muß hier die ganze Prozedur der Borbehandlung nicht dem Patienten überlassen, sondern stets unter Spiegelkontrolle vom Arzt selbst ausgeführt werden; ferner ist bei den einzelnen Maßnahmen, numentlich beim Ausspritzen sowie beim Austrocknen von Gehörgang, Paukenhöhle und Tube viel größere Genauigkeit zu beobachten. Denn jede wässerige Flüssigkeit, auch das Borwasser, kann die Zersetzungsprozesse begünstigen und unterhalten; jeder irgendwie erreichbare Rest desselben ist daher wieder zu entfernen, ehe die Borsäure eingestäubt wird. Ferner ist zu beobachten, daß diese Reinigung, solange als bei der Kontrolle noch Sekret gefunden wird, vom Arzt täglich vorgenommen werden muß. Verschließt man den Gehörgang mit Watte, so darf dieselbe nicht als ein langes Zäpfchen bis in die Paukenhöhle hineinreichen und dort auf der zarten Schleimhaut aufliegen.

Ganz ausnahmsweise gibt es auch Individuen, deren Gehörgang und Paukenhöhle Borsäure nicht verträgt, sondern auf ihre Applikation mit Schmerz und vermehrter Sekretion reagiert. Dann soll hier als Spülflüssigkeit eine andere Lösung angewendet werden, wie z. B. Borax 3% oder Perhydrol 1% und jede Pulvereinblasung unterlassen oder reines Jodoform in ganz kleinen Quantitäten angewendet werden. Da die Prognose der chronischen Eiterung mit zentraler Perforation eine gute ist und Komplikationen mit extraduralen oder Hirnabszessen, Sinusthrombose, septischen Prozessen usw. hier zu ganz seltenen Ausnahmen gehören, so geben die Formen dieser Gruppe auch nicht zu operativen Maßnahmen Veranlassung.

Anders verhält es sich mit den Cholesteatomen, den Formen mit randständiger Perforation. Hier drohen alle die bei der akuten Mittelohreiterung erwähnten Gefahren in erhöhter Potenz, und zwar schon deswegen, weil die damit verbundenen Fäulnisprozesse hier viel ausgiebigere Nahrung finden in den von der Cholesteatommatrix beständig produzierten und abgestoßenen Massen von Epidermisschuppen und Epidermisbrei. Gründliche Entfernung des letzteren ist hier das erste Gebot der Therapie, und zwar muß dies schon am Orte der Entstehung, d. h. im Aditus und Antrum und nicht erst in der Paukenhöhle geschehen; die letztere ist selten alleiniger Sitz dieser Erkrankung. Wir müssen also die Spülflüssigkeit direkt in die über der eigentlichen Paukenhöhle liegenden, mit ihr sehr oft gar nicht kommunizierenden Hohlräume einführen; und da der Zugang meistens ein unverhältnismäßig enger ist, so verwenden wir nach dem Vorschlage von Hartmann und Bezold dazu kleine katheterförmige oder recktwinklig gebogene Röhrchen, welche mit der Spritze durch ein weiches Gummirohr verbunden sind. Ihre Applikation erfordert allerdings, daß der Arzt mit der otoskopischen Technik und mit den topographischen Verhältnissen vertraut sei und daß er sich schon während der Studienjahre etwelche Übung im Gebrauche dieses Antrumröhrchens und der hakenförmig abgebogenen Ohrsonde erworben habe; sonst wird er dem Patienten unnötige Schmerzen verursachen und seinen Zweck nicht erreichen. Das zur Injektion zu verwendende Wasser muß ferner auf zirka 39° temperiert und vorher mit dem Thermometer gemessen werden, wenn man nicht einen heftigen Schwindelanfall erregen will; letzterer bleibt bei unzweckmäßiger Temperatur des Spritzwassers nur dann aus, wenn im Labyrinth die vestibularen Nervenendigungen durch die vom Mittelohr ausgegangene Entzündung schon vorher zerstört sind. Man injiziert etwa 50—100 *cm*³, dann trocknet man überall gut aus, insuffliert durch ein anderes trockenes vorgewärmtes Antrumröhrchen Bor- oder noch besser Borsalizylpulver (4—9 : 1) und legt einen trockenen langen Tampon ein, welcher nach einigen Stunden durchfeuchtet ist und dann entfernt werden muß. Da die Cholesteatommassen in größeren oder kleineren Intervallen sich jeweilen von neuem ansammeln, muß das Verfahren nach einer entsprechenden



Zeit d. h. nach mehreren Monaten, spätestens nach einem Jahr wieder von neuem eingeleitet und durchgeführt werden, wobei die Salizyleinblasungen als epidermislösendes Mittel sich uns als besonders wertvoll erwiesen haben. Ist die Eiterung definitiv geheilt, so ist es wichtig für den Patienten zu wissen, daß er sich nun ängstlich zu hüten hat vor dem Eindringen von Flüssigkeit ins Ohr. Das Baden in Fluß, See und Meer, die Applikation von Instillationen, von Gehöröl, Zahnwehtropfen usw. sind absolut zu verbieten! (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte Nr. 2. 1908.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 12. Juni 1908.

Julius Schnitzler demonstriert eine Patientin, bei welcher er ein Projektil aus dem rechten Schläfelappen entfernt hat. Das junge Mädchen war $1^1/_2$ Jahre zuvor durch einen Revolverschuß, der die linke Schläfe traf, verletzt worden. Vor einigen Monaten traten heftige Kopfschmerzen und zwar in der rechten Schläfegegend auf. Die Röntgenuntersuchung ergab ein Projektil im rechten Schläfelappen. Schnitzler legte, nachdem durch mehrere Röntgenaufnahmen unter Zuhilfenahme von am Schädel der Patientin befestigten Bleimarken und Bleidrähten der Sitz des Projektils genau bestimmt erschien, am 15. Mai d. J. den rechten Schläfelappen osteoplastisch bloß. Es gelang aber zunächst nicht, das Projektil zu finden. Da verwendete Schnitzler ein Hilfsmittel, das er schon vor acht Jahren gelegentlich der Extraktion eines Projektils aus der rechten Kleinhirnhemisphäre mit Erfolg erprobt hatte. Er führte im unteren Wundwinkel, womöglich in der Richtung des Projektils, einen Silberdraht ein, vernähte die Wunde und nun wurden neuerliche Aufnahmen gemacht, die natürlich das Verhältnis des eingeführten Silberdrahtes zum Projektil wiedergaben. Am 21. Mai wurde der Hauptperiostknochenlappen wieder aufgeklappt und mit Benützung des eingeführten Drahtes neuerlich das Projektil gesucht. Aber auch diesmal gelang es nicht, ohne die Gefahr weitgehender Zerstörungen des Gehirns, das Projektil zu finden. Nun führte Schnitzler einen Bogen aus Silberdraht in den Schläfelappen ein und die neuerliche Röntgenaufnahme zeigt das Projektil genau von dem Silberdrahte umfaßt. Bei der dritten Operation konnte endlich das Projektil entdeckt und entfernt werden. Der Lappen ist fest eingeheilt und die Patientin, die unmittelbar nach der Operation hemiparetische Erscheinungen aufwies, ist vollkommen beschwerdefrei und wiederhergestellt.

Anschließend daran erörtert Schnitzler die Schwierigkeit der Lokalisation von Projektilen im Gehirn.

Anton v. Eiselsberg teilt die Ansichten Schnitzlers, daß der Chirurg sich an ganz strenge Indikation halten soll, wenn es gilt, einen Fremdkörper aus dem Gehirne zu entfernen. Redner hat aus gleichem Grunde (heftigster Kopfschmerz) vor kurzem bei einem Patienten, dessen Suizidium 15 Jahre zurückliegt, eine Kugel aus dem Schädelinneren entfernt.

Ferdinand Kornfeld: Über Nierentuberkulose. Die Frage der Nephrektomie bei Nierentuberkulose ist noch nicht entschieden. K. hält die Resultate der Operationen für schlecht, um so mehr, als die so angeschuldigte, sogenannte reflektorische Anurie, der Herztod resp. das Versagen der zurückgelassenen Niere oft nichts anderes bedeuten als „Sepsis". Dennoch könne die Operation ein lebensrettender, unumgänglich notwendiger Eingriff für viele Fälle von Tuberc. rem. sein, so ganz besonders für die Pyonephrosis tuberc., dann für die geschlossene Tbc.-Niere und die für die zur Konsumption des Organismus führenden schwer fieberhaften Formen. Den Standpunkt, daß eine jede Tuberculosis rem. operiert werden müsse, haben die meisten Nierenchirurgen verlassen.

K. glaubt auf Grund einer Statistik von 104 Fällen beweisen zu können, daß Fälle von Nierentuberkulose jahrzehntelang am Leben blieben und auch bedeutende Besserung aufwiesen. Überernährung, Freiliegekuren, Tuberkulinbehandlung sei oft von günstigstem Einfluß. Redner warnt zum Schlusse vor dem zu extremen Radikalismus, wie er in letzter Zeit von Blum, Kapsamer usw. empfohlen wird.

Viktor Blum: Würde man sich an die Maximen halten, die Kornfeld heute hier vorgebracht hat, so müßte man auf den traurigen Standpunkt zurückkommen, auf dem die Behandlung der Nierentuberkulose vor 30 und mehr Jahren stand. In den letzten Jahren haben aber gerade in der Behandlung dieser Krankheit Diagnostik und Nierenchirurgie so große Fortschritte gemacht, daß wir heute mit Recht auf dem entgegengesetzten Standpunkte stehen. So weist er auf eine Statistik von 40 Fällen von Nierentuberkulose hin, die der chirurgischen Therapie aus verschiedenen Gründen nicht zugeführt werden konnten. Diese standen in den letzten Jahren an der Abteilung von Frisch in Behandlung. Durch genaue Anfragen konnte er eruieren, daß von 26 Fällen, die über vier Jahre in Behandlung standen, zwei nur mehr leben. Dieser traurigen Statistik gegenüber stellt er eine Sammelstatistik von 678 mit Nephrektomie behandelten Fällen, mit 77 Todesfällen, also einer Mortalität von 11·4%.

Von der internen Therapie (Tuberkulin) sah Blum keinerlei Erfolg und auch die klimatische Therapie blieb gewöhnlich ohne jeden Erfolg.

Robert Lichtenstern glaubt, daß die Nephrektomie bei miliarer Nierentuberkulose in den Fällen indiziert ist, bei denen die Eitersekretion im Harne uns Destruktion von Nierenparenchym erweist; in Fällen von Ausscheidung von Tuberkelbazillen bei aseptischem Harne, wo keine irgendwie belangreichen Veränderungen in der Substanz der Niere vorhanden sind, ist ein zuwartendes Verhalten angezeigt. An der Abteilung Zuckerkandl wurden in den letzten Jahren etwa 60 Fälle von Nierentuberkulose operiert mit einer Mortalität von 13%. Den von Kornfeld erwähnten Nierentod an reflektorischer Anurie, im Anschlusse an die Operation, kennen wir nicht, haben auch nie Gelegenheit gehabt, ein solch trauriges Vorkommnis zu beobachten; in derartigen Fällen handle es sich ausnahmslos um rapid fortschreitende septische Prozesse.

Karl v. Stejsknl ist der Ansicht, daß eine Tuberkulinkur bei bestehender Nierentuberkulose wegen der Beobachtungen von Hämaturie so behandelter Fälle nur mit sehr großer Vorsicht vorzunehmen sei. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 14. Mai 1908.

Maximilian Weinberger demonstriert eine Patientin mit vorgeschrittener Osteomalazie. Patientin zeigt ausgesprochene Befunde von Osteomalazie. Der Brustkorb ist durch seitliche Abflachung der Rippen, Erweiterung der unteren Thoraxapertur und vorspringendes Brustbein verunstaltet. Die Beckenuntersuchung ergibt federnde Beckenknochen, deutlichen Symphysenschnabel; Beckenausgang durch die einander genäherten Sitzbeinhöcker und -Äste stark verengt. Die Schenkel der horizontalen Schambeinäste gegen die Symphyse schnabelförmig konvergierend; das Promontorium sehr tief unter der Ebene des Beckeneinganges stehend; der Körper des Kreuzbeines stärker als die Flügel vorgetrieben; die Kreuzbeinspitze nach vorne abgeknickt. Die Extremitätenknochen sind weniger beteiligt, die unteren stark druckschmerzhaft. Wenn sich die Patientin aufsetzt und auf die oberen Extremitäten aufstützt, empfindet sie die Schmerzen in diesen und in der Schulter. Verkrümmungen sind hier nicht anzutreffen. Der Schädel ist nicht verändert. Die Wirbelsäule zeigt rechtskonvexe Skoliose im unteren Brust-, linksseitige im Lendenanteile mit deutlicher Lordose in diesem Bereiche und Druckschmerzhaftigkeit der Wirbelsäule. Auch die Röntgenuntersuchung des Beckens zeigt die typischen, der

Osteomalazie zukommenden Veränderungen in klarer und schöner Weise; die dreieckige, durch die vorgetretene Kreuzbeinbasis und die fast gerade nach vorne konvergierenden Lineae innominatae gebildete Gestalt des Beckeneinganges tritt charakteristisch hervor. Auch die veränderte Struktur der kalkarmen Knochen läßt sich durch die verwischte Struktur der Spongiosa und ausgesprochene Verdünnung der Kortikalis nachweisen. Interessant sind auch die nachweisbaren Veränderungen des Nervensystems. Es bestehen mäßige Steigerung der Patellarreflexe ohne Spasmen und die bekannte Adduktorenkontraktur. Die Patientin macht die typische Angabe, in letzter Zeit kleiner geworden zu sein; beim Stehen zeigt sich eine tiefe Furche der Haut in der Lendengegend, welche unterhalb des Rippenbogens nach vorne reicht; hiebei zeigt sich Lordose der Lendenwirbelsäule mit Kyphose des unteren Kreuzbeines. Der Gang erfolgt mit gebückter Haltung und kleinen Schritten vorsichtig, watschelnd. Die Sensibilitätsprüfung ergibt eine gürtelförmige Hyperästhesie im Bereiche des zehnten Dorsalnerven bis zum zweiten Lendennerven und in der Gegend des Kreuzbeines.

Karl v. Noorden frägt, ob auf lordogene Albuminurie geprüft wurde.

Weinberger erwidert, daß im Harne kein Albumen, auch keine Albumosurie nachweisbar sei.

Hermann Schlesinger frägt, ob ein elektrischer Befund erhoben wurde.

Weinberger: Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit wurde eingehend vorgenommen. Es ergab sich keine Entartungsreaktion, leichte Steigerung der galvanischen Erregbarkeit bei Reizung der Nerven.

S. Bondy demonstriert eine Patientin, welche seit dem Jahre 1895 an Enteritis leidet, entstanden angeblich nach einem Trunke Wasser aus einer Pfütze. Der bakteriologische Befund ergab im Stuhle Anwesenheit von B. paratyphi A.

Karl Koch demonstriert das Präparat eines nekrotisierenden Lungenkarzinoms von enormer Größe.

Viktor Hecht demonstriert das Präparat eines Falles von atypischer Pfortaderthrombose. Die Vena portae lag an der lateralen Seite des Ductus choledochus statt an dessen medialer Seite, dadurch verengt und vollkommen thrombosiert. Aszites, Ödeme, Hämatemesis und kutane Kollateralen ließen bereits intra vitam die richtige Diagnose auf Pfortaderthrombose stellen.

Julius Bartel: Über die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung. Vortr. berichtet über 110 Obduktionsfälle hypoplastischer Individuen. Hievon standen im Alter von

0—14	Jahren	21
15—25	„	47
26—35	„	16
36—45	„	17
46—65	„	4

51 unter 84 Individuen über 14 Jahren waren weiblichen, 33 männlichen Geschlechtes. Die Todesursachen waren: in 11 Fällen plötzlicher Tod (Narkose, Selbstmord); in 14 Fällen Graviditätsanomalien (Eklampsie, Placenta praevia, Extrauteringravidität, Atonia uteri, vorzeitige Plazentalösung und Uterusruptur); in 28 Fällen Infektionskrankheiten (15 Fälle von akuten Infektionen, 13 Fälle von Tuberkulose); in 5 Fällen Nephritis, in 3 Fällen Diabetes und in 1 Falle hämorrhagische Diathese. Weiters in 14 Fällen Geschwülste: 10 Gliome des Gehirns, 2 Sarkome des Kopfes, 2 Karzinome des Respirationstraktes, und ferner 16 Todesfälle aus verschiedentlichen Ursachen (Epilepsie, Delirium acutum, Basedow [4 Fälle], Atherom, Akromegalie, Landrysche Paralyse, Myasthenie, Syringomyelie, Chorea bei Endokarditis usw.) Fast durchaus waren alle Individuen übermittelgroß. Die höchste Differenz gegenüber der Mittelgröße für das betreffende Alter war + 38%. Das Fettpolster war mit wenigen Ausnahmen deutlich, oft sehr stark entwickelt. Oft bestand Hypoplasie des arteriellen Systems wie des Genitales, das gelegentlich vollständig infantilen Charakter zeigte. Das lymphatische Gewebe war speziell im Schleimhautbereich mehr oder weniger stark hyperplastisch. Gelegentlich fand sich eine mächtige Thymus. In einzelnen Fällen war Hirnhypertrophie zu konstatieren, ein chronischer innerer Hydrokephalus vorhanden, die Thyreoidea sehr oft stark kolloid entartet. Oft fanden sich Entwicklungsanomalien (offenes Foramen ovale, Uterusanomalien, Mißbildung der Blase, Leberverbildung usw.). Rachitis der langen Röhrenknochen mit Coxa vara kam ebenfalls häufig zur Beobachtung, Anamnestisch wurde gelegentlich hereditäre Belastung mit Tuberkulose und Lues erhoben, gelegentlich waren Individuen bei infantilem Genitale nicht oder spät und auch unregelmäßig menstruiert. Ätiologisch spielen anscheinend Lues und Tuberkulose eine große Rolle, und zwar handelt es sich offenbar vielfach schon um eine kongenitale Infektion.

i. m.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 21. Mai 1908.

Anton v. Reuß demonstriert ein zehn Wochen altes Kind mit schwerem Ikterus infolge Obliteration der Gallengänge. Die Gelbsucht besteht seit der zweiten Lebenswoche. Der Ikterus ist in beständiger Zunahme begriffen, die Haut hat eine ins Grau-grüne spielende Verfärbung angenommen, die Skleren und Schleimhäute sind ebenfalls intensiv ikterisch. Der klare, fast eiweiße Harn enthält reichlich Bilirubin, kein Urobilin, kein Urobilinogen (Leukobilirubin). Letzteres findet sich in nicht unerheblicher Menge in den graugelblich-weißen, massigen, auch bei fettarmer Nahrung an Fett, besonders Neutralfett, ungemein reichen Stühlen. Die Leber ist mäßig derb, unterer Rand in der Mamillarlinie zwei Querfinger unter dem Rippenbogen. Im Harn kein Zucker. Für Lues fehlen jegliche Anhaltspunkte.

Adolf F. Hecht berichtet über die chemische Untersuchung des Stuhles: Das Gesamtfett beträgt etwa 80% des Trockengehaltes, die qualitative Zusammensetzung des Fettes ist folgende: Neutralfett 57%, freie Fettsäuren 37%, Seifen nur 6%. Dementsprechend war auch die Reaktion des Stuhles stark sauer.

Julius Drey demonstriert ein 5 Monate altes Kind mit Elephantiasis congenita: Es besteht seit der Geburt eine mäßig starke Verdickung der wachsartig glänzenden Haut und des Unterhautzellgewebes an beiden Fußrücken, Vorder- und Hinterseite der Unterschenkel, teilweise auch bis über das Knie auf die Oberschenkel hinaufreichend, rechts stärker als links. Fuß- und Unterschenkelknochen nicht vergrößert, proportioniert. Ebenso sind der Handrücken und die Streckseite des Unterarmes besonders rechts verändert. Außerdem ziemliche Kraniotabes, Verdauung normal; nie waren Untertemperaturen zu beobachten. Das Fehlen des letzterwähnten Symptoms und der eine Temperaturherabsetzung veranlassenden Momente (Asphyxie, Diarrhöen) ließen die Ansicht, daß ein Sklerödem oder Sklerema adiposum vorliege, nicht aufkommen. Gegen Sklerodermie spricht, daß die Veränderungen wesentlich in den tieferen Hautschichten und dem Unterhautzellgewebe sich vorfinden; auch befällt die Sklerodermie meist ältere und kräftigere Kinder, ist scharf begrenzt und zeigt im weiteren Verlaufe Atrophie der erkrankten Hautpartien.

Julius Zappert hat in den letzten Tagen einen ähnlichen Fall beobachtet. Bei diesem Säugling bestand ein die Genitalgegend und die unteren Extremitäten umfassendes pralles, persistentes Ödem; das Kind (Brustkind) war sonst ganz wohl, der Harn erwies sich als eiweißfrei. Redner ist geneigt, bei seinem Fall eher an eine ungewöhnliche Ausdehnung des in dieser Gesellschaft bereits mehrfach erwähnten Genitalödems Neugeborener zu denken als an Elephantiasis.

Norbert Swoboda hat ebenfalls einen dem demonstrierten ganz ähnlichen Fall beobachtet. Doch bestanden außer den ganz analogen, nur etwas resistenteren Schwellungen noch Bildungsanomalien, besonders des Schädels. Es fragt sich nun in solchen Fällen, ob eine echte, das heißt akquirierte fibröse Elephantiasis vorliegt oder eine Elephantiasis congenita lymphangiektodes.



Theodor Escherich glaubt, daß sich die symmetrischen, vorwiegend auf die unteren Extremitäten beschränkten Schwellungen wohl noch als chronisches Ödem deuten lassen, zumal bei Säuglingen Ödem auch bei normalem Harnbefunde ohne eruierbare Ursache oft vorkommt.

Drey ist der Ansicht, daß zwischen der von ihm erwähnten Form der chronischen Ödeme und der sogenannten Elephantiasis congenita pathologisch-anatomisch kein Unterschied besteht, beide sind Lymphstauungen, ätiologisch ist allerdings die erste Form erworben, also etwa der Elephantiasis acquisita bei Erwachsenen gleichwertig, die zweite aber auf einer angeborenen Volumszunahme der Lymphgefäße beruhend.

Rudolf Pollak demonstriert ein 8jähriges Mädchen mit chronischen familiären acholurischem Ikterus. Es besteht eine deutliche ikterische Verfärbung der Haut, der Skleren und sichtbaren Schleimhäute. Außerdem ein Milztumor, der bis um drei Querfinger den Rippenbogen überragt, von derber Konsistenz. Der Urin weist bei wiederholter Untersuchung nie Spuren von Gallenfarbstoff auf, enthält dagegen stets reichlich Urobilin und Urobilinogen. Die Stühle, von normaler Beschaffenheit, waren niemals acholisch. Auch die Mutter bietet ähnliche Symptome und auch die Großmutter soll „gelb" gewesen sein.

Rudolf Neurath demonstriert ein 10 Monate altes Kind mit unzähligen, über den ganzen Körper verbreiteten Pigmentnaevi, die durchwegs Haare tragen. Die Affektion ist angeboren und nicht progredient.

Weiß-Eder demonstriert ein $1^1/_2$ Monate altes Kind mit multiplen Hämangiomen. Das Kind zeigte im Bereiche des Gesichtes und des Halses mehrere größere und kleinere, unscharf begrenzte, das Hautniveau kaum überragende zellreiche Hämangiome, deren größtes in der linken Mamillar- und Submaxillargegend eine zirka zwanzighellergroße zentrale Nekrose aufweist. Kleinere Teleangiektasien finden sich an den Lippen, an beiden Wangen, am rechten Kieferwinkel sowie an beiden Lidern des rechten Auges. Die rechte Lidspalte ist bedeutend enger als die linke und beim Umstülpen des Oberlides drängt sich ein dunkelroter, die ganze Breite des Lides einnehmender Tumor, ebenfalls ein Hämangiom, vor. Die Untersuchung des Herzens ergibt, daß die Dämpfungsgrenzen normal seien, jedoch ein über dem ganzen Herzen hörbares, langgezogenes, rauhes systolisches Geräusch, das am lautesten im dritten und vierten linken Interkostalraum zu hören ist. Mit Rücksicht auf den physikalischen Befund und das Fehlen schwerer Symptome, insbesondere jeglicher Cyanose, ist ein Defekt im Kammerseptum anzunehmen.

Julius Schütz: Über Funktionsprüfung des Säuglingsmagens. Nach Untersuchungen des Vortragenden ist für die Pepsinverdauung die Salzsäure nicht notwendig. Der normale Säuglingsmagen braucht zur Verdauung von Frauenmilch $1^1/_2$ Stunden, von Kuhmilch 3 Stunden. Die Funktionsprüfung des Magens läßt sich in folgender Weise vornehmen: Der Säugling bekommt eine Nahrung, dann nach 3 Stunden 100 *g* Frauen- oder Kuhmilch. Nach einer Stunde wird ein doppelt gefensterter Katheter in den Magen eingeführt, der Inhalt aufgenommen und eine Restbestimmung durchgeführt. Bei normalem Säuglingsmagen beträgt die Menge des Restinhaltes höchstens 45—50%; wo der Rückstand mehr beträgt, ist auch schon klinisch eine Magenstörung oder eine Rekonvaleszenz nach einer solchen vorhanden. Die Magensaftazidität ist beim Säugling durch die Derivate des Milcheiweißes, Salzsäure, eventuell auch Milchsäure und Produkte der Fettspaltung bedingt; von diesen werden die beiden letzteren von Äther aufgenommen. Wenn man in einer Stunde nach der Einnahme von 100 *g* Milch aushebert, so ist nicht anzunehmen, daß eine irgendwie beträchtlichere Milchsäurebildung oder Fettspaltung vor sich gegangen ist. Wenn dies aber der Fall ist, so können diese Produkte entweder aus dem Reste der Probenahrung oder aus dem Reste der Nahrung stammen, die vor 4 Stunden eingenommen worden ist; in letzterem Falle ist eine herabgesetzte Motilität anzunehmen. Bei normalem Magen ist die Azidität des Ätherextraktes null.

Theodor Escherich glaubt, daß Schütz die Bedeutung der Salzsäure für den Säugling unterschätze. Derselben kommt nicht nur für die Eiweißverdauung, sondern auch für die Desinfektion eine erhebliche Bedeutung zu.

Schütz erwidert, daß er keineswegs die Salzsäure für eine Quantité négligeable halte. Er habe schon vor zwei Jahren nachdrücklichst nicht nur auf ihre antibakterielle Rolle, sondern auch auf ihre den Physiologen längst bekannte, von den Kinderärzten noch nicht genügend gewürdigte Bedeutung für die Erregung der Pankreassekretion hingewiesen. Hier handle es sich aber nicht um die physiologische, sondern um die diagnostische Bedeutung der Salzsäure, welche Bedeutung bezüglich der Gesamtsalzsäure unwahrscheinlich ist, bezüglich der „freien Salzsäure" nach Untersuchungen des Vortragenden bei Milchnahrung für den praktisch-klinischen Gedankengang soviel wie gar nicht in Betracht kommt.

i. m.

IV. Aus der Praxis.

Über die Wirkung des Antigonorrhoikums Arhovin. Aus der Poliklinik für Frauenkrankheiten von Prof. Dr. W. Nagel (Universität Berlin).

Seit zirka 3 Jahren wendet Professor Nagel das Arhovin und zwar mit wechselndem, vorwiegend günstigem Erfolge an. Die Frage, bei welchen Erkrankungen das Arhovin für besonders indiziert ist, wird dahin beantwortet, daß Arhovin bei gonorrhoischen Entzündungen der Genitalorgane und der Harnwege Anwendung findet. Bezüglich der Form und Dosis verabreichte Nagel das Arhovin in den üblichen Originalkapseln innerlich 3mal täglich 2 Kapseln. Auch in Form der Vaginalkugeln sowie als Stäbchen wandte er das Arhovin intrazervikal an. Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Prof. Nagel bemißt in den einzelnen Fällen die Arhovinkur auf die durchschnittliche Zeitdauer von 2—6 Wochen. Für den Gebrauch von Arhovin sind die üblichen Vorschriften über Diät und sonstige Verhaltungsmaßregeln notwendig. Die neueren Beobachtungen haben die früheren Erfahrungen bestätigt. Prof. Nagel sagt zum Schluß: „Die Hauptwirkung des Arhovins ist nach meiner Ansicht eine sekretionshemmende und schmerzlindernde, indem der Ausfluß geringer wird, die Schmerzen beim Urinlassen schwinden und der anfänglich trübe Urin sich klärt. (Zeitschrift für n. ph. Medizin 1908, Nr. 11.)

Als Ersatzmittel der Digitalis empfiehlt Prof. Dr. F. Blumenthal, Berlin, **Strophanthus.**

Aus Strophanthussamen hergestellte, digitalisähnlich wirkende Präparate, von den Eingeborenen Afrikas als wirksames Pfeilgift angewandt, das durch Herzlähmung tötet. Die zu pharmazeutischen Präparaten benutzten Samen gehören ganz verschiedenen Strophanthusarten an: Daher sehr verschiedene Wirksamkeit und Giftigkeit der einzelnen Präparate. Ein kristallinischer Körper Glyikosid ist aus Strophanthus gratus von Thoms hergestellt worden, das Gratus-Strophantin. Die Strophanthuspräparate wirken im allgemeinen bei Herzschwäche infolge von Infektionskrankheiten besser als bei den Herzklappenfehlern. Die Nebenwirkungen bei Strophantus sind schwächer als bei Digitalis, sehr viel geringere kumulative Wirkung. Hauptsächlichste Nebenwirkung Durchfälle. Die Abnahme der Pulsfrequenz ist geringer als bei der Digitalis. Wirkt per os weniger nachhaltig und weniger stark, intravenös aber rascher und intensiver als Digitalis. Wird häufig mit Digitalis kombiniert.

1. Tinctura strophanthi aus dem Samen von Strophanthus hispidus oder Kombé bereitet (1 *g* Pulver gelöst in 10 Teilen Alkohol). Die Wirksamkeit der einzelnen Strophanthustinkturen variiert sehr stark. Wird meist mit anderen



Tinkturen kombin. Gewöhnliche Dosis 5—10 Tropfen dreimal täglich; Maximaldosis 0·5 *g*; pro die 1·5 *g*. Preis 10 *g* 0·15 Mk.

Rp. Tinct strophanth.
Tinct. digital. oder Tinct. strychni aa 5·0
Tinct. valerian. 15·0
M. D. S. dreimal tägl. 25 Tropfen.

Eine gleichmäßig zusammengesetzte Tinct. strophanthi kann aus Strophantin bereitet werden.

Rp. Strophantin (Merck) oder Strophantin (Boehringer) 0·1
Alkohol 10·0
M. D. S. Tinct. stroph. dreimal tägl. 5—10 Tropfen.

Gut wirkend Strophanthus Dialysat Golaz (La Zyma Aigle, Schweiz) zwei- bis dreimal täglich 5 Tropfen. Preis 10 *g* 1 Mk.

2. Strophantin von Fraenkel (Badenweiler) und Stark besonders empfohlen. Intravenös nicht ungefährlich, aber enorme Wirkung. In verzweifelten Fällen von Herzschwäche ultimum refugium.

a) g-Strophantin cristall. (Quabain Thoms, Merck, Darmstadt), kristallinisch, leicht löslich in heißem Wasser und in Alkohol; schwerer in kaltem Wasser. 0·001 bis 0·003 pro dosi bis 0·01 pro die in alkoholischen Lösungen. Maximaldosis 0·005; pro die 0·03. Wässerige Lösung kann intravenös eingespritzt werden; subkutan schmerzhaft. Preis 1 *g* zirka 1·70 Mk.

b) Strophantin puriss (Merck, Darmstadt), wie voriges Präparat. Preis 1 *g* 1·30 Mk.

Rp. g-Strophantin purissim. Thoms 0·03—0·06
Sirup. Aurant. cort. 20·0
Aq. dest. ad 200·0.
M. D. S. Drei- bis sechsmal täglich (Eßlöffel) (Liebreich-Langgaard).

c) Strophantinum (Boehringer & Söhne, Mannheim-Waldhof), wird in Lösung 1 : 100 in sterilisierten Ampullen von 1 *cm*³ gleich 0·001 Strophantin (1 *cm*³ Strophantin entspricht 15 *cm*³ Digalen) in den Handel gebracht; zur intravenösen Anwendung ³/₄—1 *cm*³ der 1‰-Lösung enorm wirksam, aber mit großer Vorsicht sehr langsam injizieren; möglichst nach 0·3 *cm*³ eine Pause von 10—20 Minuten machen und erst dann, wenn Erfolg nicht eintritt, den Rest injizieren. Innerlich 10—20 Tropfen der 1‰-Lösung. Preis 1 *cm*³ 0·25 Mk. Ein Karton mit 12 Ampullen a 1 *cm*³ 1‰ wässeriger Lösung von Strophantin Boehringer kostet 2·50 Mk., zu beziehen von Dr. Kade, Berlin SO. 28. Es können mehrere intravenöse Injektionen in kurzem Zeitraume (täglich eine) hintereinander gemacht werden, im ganzen 12.

Strophantin steigert enorm den Blutdruck und die Diurese, wirkt nicht kumulativ. Nebenwirkungen: Schüttelfrost, Schwindel, Erbrechen, Kopfschmerz und Durchfälle.

3. Solutio Strophantini (Nienhaus, Basel). Alkoholfreies Strophantin enthaltendes Präparat. Mischbar mit Wasser, Sirup. Keine Alkoholika zusetzen, da Fällungen folgen. Zwei Tropfen entsprechen 1 *g* der Tinctura Strophanthi. Dosis dreimal täglich 3 Tropfen.

4. Strophantinum tannicum (E. Merck, Darmstadt). Amorphes im Wasser unlösliches Pulver; enthält 58·14 Strophantin. Dosis 0·0005—0·001 in Pillen oder Tabletten zweimal täglich.

5. Granules de Catillon (Apotheker Catillon, Paris, 3 Bould. St. Martin). In Frankreich hergestellte genau dosierte Pillen, welche 1 *mg* Strophanthusextrakt = 0·1 *mg* Strophantin enthalten, zwei- bis viermal täglich eine Pille. Flakon mit 60 Pillen 3 Frs. (Med. Klinik Nr. 3.)

V. Notizen.

Professor Rudolf Fick. In der letzten Sitzung des Wiener medizinischen Professorenkollegiums wurde über die Besetzung der Wiener Lehrkanzel für Anatomie beraten, die durch den Rücktritt des Hofrates Professor Toldt im nächsten Semester vakant wird. Die endgültige Wahl des Professorenkollegiums fiel auf Professor Dr. Rudolf Armin Fick, den Anatomen der deutschen medizinischen Fakultät in Prag. Professor Fick ist der Sohn des berühmten Physiologen Adolf Fick, der in den Jahren 1856 bis 1868 in Zürich tätig war und hierauf bis zum Jahre 1899 das Lehramt in Würzburg inne hatte. Professor Rudolf Armin Fick wurde im Jahre 1866 in Zürich geboren, war Extraordinarius für Anatomie in Leipzig und übernahm die Prager Lehrkanzel des Hofrates Rabl, welcher derzeit in Leipzig tätig ist. Von seinen Arbeiten haben die Untersuchungen über die Form der Gelenkflächen (1890), über die Arbeitsleistung der auf die Fußgelenke wirkenden Muskeln (1892), über die Atemmuskeln (1907) und die vergleichenden Studien an den Schädeln von Orang-Utans die Anerkennung der Fachmänner gefunden.

Der Verein zur Errichtung eines ärztlichen Erholungsheimes in Marienbad hat auf Grund der von der k. k. Statthalterei in Böhmen mittels Erlaß vom 1. Februar 1908 genehmigten Statuten am 8. Mai l. J. seine konstituierende Versammlung abgehalten. Aus dem vom vorbereitenden Komitee erstatteten Tätigkeits- und Kassabericht für die Zeit vom 1. September 1907 bis zum laufenden Tage ist folgendes zu ersehen: Die im Herbste vorigen Jahres unter den Marienbader Kollegen veranstaltete Sammlung für das Ärzteheim ergab den Betrag von 870 K und eine Umfrage unter den Marienbader Kollegen, die Miethäuser in Marienbad besitzen, ergab, daß von diesen sowie von Hausbesitzern, die dem ärztlichen Stande nahestehen, an 40 Zimmern in der Vor- und Nachsaison, d. i. im Monate Mai und im Monat September (von Mitte August an), dem Komitee zur Verfügung gestellt worden sind, so daß schon in diesem Jahre 40 Kollegen freie Unterkunft in Marienbad finden können. Weiters ist es dem Komitee gelungen, von der Stadtvertretung die Zusage zu erhalten, daß die Ärzte des ärztlichen Erholungsheimes nicht bloß die Befreiung von der Kurtaxe genießen, sondern auch von dem Erlag der Musiktaxe befreit werden. Eine Anzahl von Hotels und Restaurationen gewährt einen 10%igen Nachlaß von den Preisen oder berechnet das 3 K-Kouvert mit 2·50, bezw. 2 K. Der Direktor des Stadttheaters bewilligt 50% Nachlaß von den Billetpreisen. Freie Benützung aller Bäder und Kurbehelfe in den Stift Tepler Badeanstalten und freier Eintritt in die Lesesäle wird gewährt. Am 16. Oktober kam die erste Anfrage und Anmeldung seitens eines Kollegen für einen Platz im Ärzteheim und bis zum heutigen Tage sind für die diesjährige Saison 37 Anmeldungen eingelaufen. Der augenblickliche Besitzstand des Vereines besteht somit in einer Sparkassaeinlage der städtischen Sparkassa in Marienbad von 4707 K und einem Baugrund in Marienbad. Auf dieser Grundlage wollen wir nun weiter bauen und unser Ziel, die Errichtung eines eigenen Gebäudes, baldmöglichst zu erreichen streben. Dies kann aber nur dann geschehen, wenn die gesamte Ärzteschaft Österreich-Ungarns und des deutschen Reiches, die ärztlichen Vertretungskörper und Vereine, die medizinische Fachpresse usw. uns in unserem Unternehmen wirksamst unterstützt, die Ärzte der beiden Reiche dem Vereine als Mitglieder beitreten und darum erlassen wir hiemit an alle Ärzte die Aufforderung zum Beitritt.

Die Narkose im Mittelalter. Unsere neuesten Mittel zur Herbeiführung eines sogenannten Dämmerschlafes bei Operationen und Geburten waren bereits im frühesten Mittelalter bekannt und in Verwendung. Der Bischof Theodorus von Chervira weiß bereits im 12. Jahrhundert ein solches Rezept zur Linderung der Schmerzen; es besteht in seinen Hauptteilen als Alraun (Mandragola), Opium, Morphium, Skopolamin und Hyoscin. Ein Arzneibuch des Jahres 1460 verordnet die erste Inhalationsnarkose, indem es empfiehlt, ein Schwämmchen mit Skopolamin unter die Nase zu binden. Wir spritzen das neuentdeckte Skopolamin unter die Haut. Hieronymus von Braunschweig verschreibt 1497 einen derartigen „Dolltrank“: Opium, Mandragola und Bilsenkraut, natürlich unter Beigabe von allerhand unnützen mittelalterlichen Ingredienzien. Hans v. Gerstorff empfiehlt im Jahre 1533 Skopolamin in Salbenform, warnt jedoch gleichzeitig vor einem übermäßigen Gebrauch. Ähnliche Rezepte gibt es noch mehrere. Sie gingen unter der Quacksalberei des Mittelalters verloren und wurden erst viel später neu entdeckt.

Theodor Wolff, Pariser Tagebuch, Umschlagzeichnung von Th. Steinlen. Geheftet 3 Mk., gebunden 4 Mk. Verlag von Albert Langen in München. „Pariser Tagebuch“ nennt Theodor Wolff anspruchslos diese Auslese aus den besten Feuilletons, die er während seiner zwölf Pariser Jahre im „Berliner Tageblatt“ veröffentlichte. In Wahrheit stellt diese Sammlung von Skizzen, Essays, Charakteristiken, Schilderungen aus Paris und seiner Umgebung ein Zeitdokument dar, geben uns diese Blätter die Geschichte Frankreichs in der jüngsten Vergangenheit, sie so überaus reich war an wichtigen, das ganze Land bis ins tiefste aufwühlenden Ereignissen.



Aber Wolff schildert uns nicht die Geschehnisse: In den Charakteristiken der führenden Persönlichkeiten, eines Zola, Waldeck-Rousseau und Clémenceau, die an sich in ihrer knappen, treffenden Form Kabinettstücke einer feinfühligen Essaykunst sind, wird die Zeit vor uns lebendig. Und neben den politischen Persönlichkeiten zeichnet er uns eine Reihe Charakterköpfe aus dem Reiche der Künste. Seinen ganz besonderen Reiz aber erhält das Buch durch den Teil, der von dem eigentlichen Paris handelt. Hier führt uns Theodor Wolff auf die Straße und in Volksversammlungen, hier zeigt er uns das offizielle, das glänzende Paris, die Stadt des ewigen Vergnügens, und die Stadt nüchterner, ununterbrochener Arbeit. Aber er führt uns auch hinab in die nächtlichen Herbergen und Spelunken, wo das Paris des Lasters und des Verbrechens seine Schlupfwinkel hat. Und an einem schönen Frühlingstage führt er uns hinaus aus dem Lärm der Großstadt in die anmutige Landschaft, die Paris umgibt, und weiter bis ans Meer der Normandie, und malt uns Landschaftsbilder von anmutigem Reiz, erfüllt von Duft und Licht und leuchtenden Farben. Und überall befinden wir uns in guter Gesellschaft mit einem Kopfe voll Geist und Geschmack, einem scharfen Beobachter, der uns mit einem feinen Lächeln die Buntheit des Lebens zeigt, des Lebens, das so voll ist von unendlicher Torheit, und doch köstlich durch Arbeit und Kampf und Schaffen und durch die Freude, die es dem gewährt, der sich ihm hingibt mit allen seinen Kräften.

Kleine Bibliothek Langen Band 97. Guy de Maupassant, Diamanten und andere Novellen. Umschlagzeicknung von F. v. Reznicek. Preis 1 Mk., geb. 1.50 Mk. Verlag von Albert Langen in München. Zu Guy de Maupassants Ruhme noch etwas zu sagen, ist heutzutage beinahe überflüssig. Er steht unangefochten als der klassische Novellist der neueren Zeit da. Gleich jenem sagenhaften König ist er: was er berührt, verwandelt sich in seinen Händen im das strahlende Gold höchster Kunst. So wollen wir von dem neuen Bändchen der „Kleinen Bibliothek Langen" nur sagen, daß es in vorzüglicher Ausstattung, in einem entzückenden Umschlag von Meister Reznicek, eine glänzende Auswahl von Moupassantschen Novellen erhält, wobei auf Mannigfaltigkeit und Abwechslung alle Rücksicht genommen ist. Von den höchsten Gesellschaftskreisen bis zu den Enterbten der Landstraße hinunter paradiert eine Fülle von glänzend gesehenen und gegeben Gestalten unterhaltend und ergreifend an uns vorüber.

VI. Eingesendet.

Reichsverband österr. Ärzteorganisationen.
(Derzeit Wien IV., Große Neugasse 1.)

An alle Organisationen!

Der Verwaltungsgerichtshof hat in der Frage der registrierten Hilfskassen gegen die Ärzteschaft entschieden, indem er die Aufhebung des Beschlusses der Wiener Ärztekammer, welcher die Annahme jeder wie immer Namen habende ärztlichen Stelle bei registrierten Hilfskassen als standeswidrig erklärte, bestätigte. — Im Sanitätsausschuss des österr. Abgeordnetenhauses wurde zum Referenten in der Zahnärzte- und Zahntechnikerfrage der Abgeordnete Dr. Heilinger gewählt.

In der Angelegenheit der Reform der Arbeiterkranken- und Invaliditäts-Versicherung war seinerzeit vom Arbeitsbeirate des k. k. Handelsministeriums eine Enquete einberufen worden, zu welcher einige Ärzte als Experten eingeladen waren. Die Anträge, Wünsche und Beschwerden der Ärzte wurden in der neuen Vorlage des Arbeitsbeirates in keiner Weise berücksichtigt.

Neuerdings sollen also den Ärzten, ohne daß man ihnen den geringsten Einfluß darauf einräumt, Lasten aufgebürdet werden. Das alte Spiel soll in alten, unsere vitalsten Interessen betreffenden Fragen in alter Form und altem Inhalt wieder aufgeführt werden.

Die drei erwähnten Angelegenheiten: 1. Daß durch die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes, alle. auch die registrierten Hilfskassen den obligatorischen Krankenkassen gleichgestellt, sie in der Beschaffung der ärztlichen Hilfe durch pauschalierte oder nach einem anderen Modus schlecht bezahlte Kassenärzte gegen die legalen Vertretungen der Ärzte, die Ärztekammern geschützt werden,

2. daß bei der beabsichtigten Reform der Arbeiterkranken- und Invaliditätsversicherung den maßvollen Wünschen der Ärzteschaft nicht die geringste Berücksichtigung zuteil werden soll,

3. daß die Zahnärzte-Zahntechnikerfrage gegen die Ärzte erledigt zu werden droht,

macht es zur Pflicht des Reichsverbands-Präsidiums, augenblicklich Schritte einzuleiten, um dem Standpunkt der Ärzteschaft in diesen Fragen der Regierung gegenüber unzweideutigen Ausdruck zu geben.

Das Präsidium wird im Laufe der nächsten Woche unter Führung von ärztlichen und ärztefreundlichen Abgeordneten bei Sr. Exzellenz dem Herrn Ministerpräsidenten Audienz nehmen und ihm eine Denkschrift überreichen.

Diese Denkschrift wird samt dem Berichte über die Aufnahme, welche das Präsidium seitens der Regierung gefunden hat, veröffentlicht werden.

Dr. Adolf Gruß.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1907 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck bereits vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—**; nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—**.

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 3511/IV. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/₁, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 29. Wien, 18. Juli 1908. Nr. 29.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Hautpigment und Menschenrassen. *)

Von **Prof. Dr. S. Ehrmann**.

Meine Herren! Ich will aus dem Gebiete der Rassentheorie nur das Kapitel des Hautpigments und seine biologische Bedeutung besprechen. Es ist dies eine starke Einengung des Stoffes, denn eigentlich sind viele andere Fragen vielmehr im Vordergrunde der Diskussion. Dafür hat die Besprechung dieser Frage den Vorteil, daß man bei ihr das meiste Positive sagen kann, und daß sie dem Experimente am meisten zugänglich ist.

Seit Blumenbach unterscheidet man folgende Rassen: Die weiße, kaukasische Rasse, die schwarze äthiopische Rasse, die Bewohnerin des afrikanischen Hochlandes, die malaische Rasse, die Polynesien und Ostasien bewohnt, die gelbe, mongolische Rasse, die im Hochlande und Tieflande Asiens sitzt, und die rote Rasse, die Indianer Amerikas. Dazwischen gibt es eine ganze Reihe von Menschheitssplittern (z. B. Maori, Buschmänner), die wir bei dieser Untersuchung vernachlässigen können. Die Farben aller dieser Rassen sind von einem einzigen Farbstoff gebildet, allerdings kommen sie nicht durch diesen Farbstoff allein, sondern durch eine Kombination mit physikalischen Wirkungen der Umgebung zustande.

Die Farbe der Haut wird erstens bedingt durch die Farbe des Blutes, das in feinsten Kapillaren unmittelbar unter der Oberhaut zirkuliert, dann durch die Farbe der Oberhaut. Diese wird geliefert durch eine Schichte von Zellen, in denen sich stark lichtbrechende Körperchen, Keratohyalin, befinden, ähnlich denen, die in der Milch vorkommen. Insoweit hat also der Ausdruck: er hat ein Gesicht wie Milch und Blut, seine Berechtigung. Es kommen aber noch weitere Faktoren in Betracht: Die Oberhaut ist durchscheinend und läßt die Lederhaut des Menschen durchblicken, die ebenfalls einen Ton zum Gesamtbilde beiträgt. Wenn das Blut in der Haut nicht mehr zirkuliert, so bei tiefen Ohnmachten, und die Blutkapillaren leer sind, dann sieht der Kranke wachsgelb aus, weil die Farbe der Lederhaut durchscheint. Und zu diesen Faktoren kommt nun das eigentliche Pigment, das je nach der Varietät des homo sapiens und an verschiedenen Körperstellen desselben Menschen in verschiedener Menge und in verschiedener Lagerung auftritt. Dieser Farbstoff befindet sich in den untersten Zellschichten. Je reichlicher er entwickelt ist, desto mehr wird der Ton des Blutes und der Lederhaut verdrängt, und desto stereotyper wird das Aussehen des Individuums. So ist die Farbe des Schwarzen viel stereotyper als die des Weißen, und der Maler wird mit der Farbe des Negers viel rascher fertig sein als mit der des Weißen, die viel mehr Nuancen unterworfen ist. Beim Schwarzen können Lichtstrahlen nicht in die Tiefe dringen; es fehlen daher die Reflexe und roten und braunen Schatten, auf welche der Maler beim Weißen achten muß. Die Weißen selbst weisen im Haare, also den Anhängen der Haut, verschiedene Farben auf, schwarz, braun oder blond. Doch liegt mikroskopisch immer derselbe Farbstoff vor; er unterscheidet sich nur durch seine Reichlichkeit und durch seine Verteilung. Wenn der Farbstoff sehr reichlich ist und durch das ganze Haar gleichmäßig verteilt ist, so erscheint das Haar schwarz. Erst beim Aufsteigen in das Haar verteilt sich der Farbstoff und erscheint gelöst, als blond oder rot. Rote Haare sind an der Wurzel schwarz, erst in den obersten Schichten werden sie rot. Es kann also, seien die Haare schwarz, rot oder blond, der eine Farbstoff in den anderen übergeführt werden.

Gehen wir nun zu der roten Rasse über; bei ihr liegt der Farbstoff nicht in der Oberhaut, sondern er liegt unter der Oberhaut, unterhalb der Blutgefäße in den Maschen des Blutgefäßnetzes.

Der Hautfarbstoff in der Oberhaut dient verschiedenen biologischen Zwecken, er soll den Zutritt der Licht- und Wärmestrahlen in die Tiefe verhindern; er dient auch der Ernährung. Es werden daher jene Rassen einen biologischen Vorteil haben, die Farbstoffe in dieser oder jener Form in der Oberhaut haben. Die Indianer treten uns in der Geschichte als eine sehr gewandte Rasse entgegen. Trotzdem gingen sie zugrunde, weil sie nicht die Widerstandskraft gegen verschiedene schädigende Einflüsse hatten, wie sie z. B. die Neger oder die Europäer besitzen. Insofern kann man sagen, daß die Indianer demselben Umstande, dem sie die Farbe ihrer Haut verdanken, auch ihren Untergang zu verdanken haben.

Die schwarze, afrikanische Rasse ist die an Farbstoff reichste. Er ist nicht bloß in der Haut in größerer Menge

*) Vortrag, gehalten im sozialwissenschaftlichen Bildungsverein. (Wien.)



abgelagert, sondern auch in anderen Gewebssystemen, z. B. in den Häuten des Auges; daher stammt das eigentümlich blaue Aussehen der Negeraugen. Die Schleimhäute dagegen zeigen einen schokoladebraunen Ton, weil die schwarze Schichte von einer weißen gedeckt ist. Die krausen Haare der Neger rühren davon her, daß das Haar nicht zylindrisch, sondern platt wie eine Säbelscheide ist. Es gibt aber auch blonde Neger. Ob die Blondheit daher rührt, daß dieser Negerstamm eine besondere Varietät darstellt oder von einer Kreuzung mit der blonden Rasse, bleibt dahingestellt.

Die gelbe, mongolische Rasse verdankt ihr Aussehen dem Umstande, daß sie eine geringere Menge Farbstoff in der Oberhaut und gar keine in der Umgebung der Blutgefäße hat. Das Gelbe bei den Chinesen und Japanern ist eine Komplementärfarbe; wenn wir an die Haut eines Japaners ein graues Papier bringen, so bekommen wir ein Blau. Die neugeborenen Kinder bei den Japanern haben einen blauen Fleck in der Kreuzbeingegend, den sogenannten Mongolenfleck.

Wir sehen also, daß die verschiedenen Farben der Rassen nur durch verschiedene Lagerung, durch die verschiedenen Beziehungen eines Farbstoffes bedingt sind. Trotzdem spielt die Farbe der Rasse in der Völkerpsychologie eine bedeutende Rolle. Hic niger est, hunc te Romane caveto. Die biologische Wichtigkeit des Farbstoffes erkennen wir an solchen Individuen, die gar keinen Farbstoff haben, den Albinos. Albinos gibt es sowohl bei Menschen wie bei Tieren. Die Albinos gehen mit geschlossenen Augen einher, und zeigen in ihrem ganzen Verhalten, daß sie nicht funktionstüchtig, nicht akkomodationsfähig sind. Nur jene Rassen sind akkomodationsfähig gegen physikalische und chemische Agentien, die Farbstoff haben. Die Sonnenstrahlen rufen Entzündungen in der Haut hervor, und dagegen schützt sich die Haut durch die Bräunung; das ist auch wilden Völkerschaften bekannt, die sich, bevor sie in der Sonnenhitze eine Bootfahrt unternehmen, mit schwarzer Farbe bestreichen. Bei hellen Rassen tritt nun die Fähigkeit, sich zu bräunen, als akkomodierender Faktor hinzu, wenn sie lange der Sonne ausgesetzt sind.

Einen Albino können wir welchem Lichte immer aussetzen, er bräunt sich nicht. Setzen wir dagegen einen normalen Europäer dem Sonnenlichte oder einer elektrischen Flamme oder dem Quecksilberlichte aus, so sehen wir nach anfänglicher Rötung eine Bräunung entstehen. Die Bräunung ist um so dauerhafter, je brünetter das Individuum ist. Bei blonden Individuen dauert eine solche Bräunung wenige Wochen, bei brünetten bis zum Winter. Dasselbe gilt für chemische Agentien. Wenn Sie einem brünetten Menschen ein Senfpflaster auflegen, so sieht man die Bräunung noch nach 10—20 Jahren, bei lichtblonden dagegen schwindet sie bald. Das brünette Individuum hat eben mehr Pigment bildende Zellen als das blonde; dagegen beobachtet man bei den blonden Individuen, daß sie einen Reservevorrat an Zellen haben, die sich zu Pigmentzellen entwickeln können. Wenn wir ein solches Individuum durch längere Zeit bestrahlen, so wird es schließlich eine Farbe annehmen, die der braunen nahekommt. Es wird also durch die Bestrahlung eine Adaptierung des Organismus an die geänderten Verhältnisse hervorgerufen.

Bei Tier und Mensch beobachten wir auch die Scheckenbildung, den partiellen Albinismus; die Haut ist also bei diesen Individuen teilweise braun, teilweise hell. Ich verstehe unter Rasse einen Begriff, der die Zugehörigkeit zu einer Tiergruppe ausdrückt, die untereinander fruchtbare Kreuzung zuläßt; die Individuen der Rasse erzeugen eine fortpflanzungsfähige Nachkommenschaft. Die verschiedenen Menschenrassen können nun fortpflanzungsfähige Nachkommen bei Kreuzung untereinander erzielen. Sie sind daher verschiedene Varietäten, nicht Arten. Dafür spricht aber auch die vorhergehende Betrachtung über die biologische Bedeutung der verschiedenen Hautfarben.

Ich habe auch beobachtet, daß die Klassifizierung der Individuen bei den Europäern in Blonde, Brünette und Schwarze sich häufig nicht streng durchführen läßt. So gibt es Individuen, die an verschiedenen Körperstellen verschiedene Farbe der Haare zeigen. Die Haupthaare sind blond, die Genitalhaare dunkel, die Brusthaare blässer, oder das Haupthaar ist schwarz, der Schnurrbart blond usw.

Feuilleton.

Promemoria des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen.

Laut Beschluß der Organisation überreichte eine Deputation dem Ministerpräsidenten v. Beck vorigen Monat folgende Eingabe:

Eure Exzellenz!

Die Gesetzesvorlage zur Abänderung des bestehenden Arbeiterkrankenkassengesetzes, sowie zur Schaffung einer Invaliditätsversicherung und Altersversorgung soll im kommenden Herbste von der hohen Regierung den gesetzgebenden Körperschaften vorgelegt werden.

Die Grundlage der Gesetzesvorlage dürfte nebst dem ursprünglichen Entwurfe das Ergebnis jener Beratungen bilden, welche der von der hohen Regierung eingesetzte Arbeitsbeirat des k. k. Handelsministeriums seinerzeit gepflogen hat.

Diesem Arbeitsbeirate wurden Vertreter aller möglichen Interessensphären mit Sitz und Stimme zugezogen, während die Ärzte und zwar erst auf ihr Drängen in einer vom Arbeitsbeirate einberufenen Enquete nur als Experten abgehört wurden.

Es ist uns bekannt, daß alle Forderungen, Wünsche, Bitten, welche die zur Enquete eingeladenen Ärzte vorgebracht haben, vom Arbeitsbeirate einer Berücksichtigung nicht gewürdigt wurden, obwohl nicht in Abrede gestellt werden kann, daß gerade die Ärzte in manchen sehr wichtigen Fragen zur Abgabe eines fachmännischen Gutachtens ausschließlich befähigt sind; obwohl die Krankenkassenfrage für die Ärzte zur Existenzfrage geworden ist, obwohl die Ärzte bei diesen sozialpolitischen Neuerungen nicht nur am meisten in Mitleidenschaft gezogen sind, sondern als wichtigster Faktor in Betracht kommen.

Versagen die Ärzte, dann ist die Durchführung des neuen sozialpolitischen Gesetzes in Frage gestellt.

Die Krankenkassen haben schon lange aufgehört, eine Humanitätseinrichtung zu sein, wie sie ursprünglich gedacht waren. Sind es doch nicht mehr die wirtschaftlich Schwachen, welche sich der Fürsorge des Gesetzes erfreuen, sondern es genießen auch Berufskategorien die Wohltaten einer nahezu kostenlosen ärztlichen Hilfe, welche derselben nicht bedürfen.

Was die obligatorischen Arbeiterkrankenkassen übrig lassen, findet durch das Gesetz zur Errichtung registrierter Hilfskassen, die nach der jüngsten Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes unbeschränkte Möglichkeit, sich nicht nur für den Fall der Krankheit auf Krankengeld zu versichern, sondern sich durch niedrige von der Staatsgewalt geschützte Pauschalierung der „Honorare" für ärztliche Hilfe auch billige Kassenärzte zu verschaffen. Die Einwände der Ärztekammern, der vom Staate geschaffenen, also legalen ärztlichen Vertretungen, wurden von der Regierung nicht nur nicht gehört, sondern ihre Beschlüsse zur Wahrung der ethischen und materiellen Interessen der Ärzteschaft wurden von den Verwaltungsbehörden ausnahmslos aufgehoben.

Die Folgen der bestehenden Kassengesetze offenbaren sich schon gegenwärtig in einer sowohl vom Standpunkte des Arztes tief bedauerlichen, als auch den Interessen der Bevölkerung abträglichen Proletarisierung und damit tiefen Verbitterung des ärztlichen Standes.

Während die Anforderungen an die wissenschaftliche Ausbildung des Arztes immer höher gespannt, die Opfer an Zeit und Geld für das Studium der Medizin fortwährend größer



Auch die Haut selbst zeigt an verschiedenen Stellen verschiedene Färbung, so eine Braunfärbung an der Brust und im Gesichte eine helle Färbung. Bei den vielen Kreuzungen der Rassen entstehen also nicht Mischrassen mit einem mittleren Durchschnittscharakter, sondern es bildet sich ein Mosaik von Merkmalen aus.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Stellenvermittlung. — Die neue Alters- und Invaliditätsversicherung. — Das neue hygienische Institut. — Die Heilstätte für Lupuskranke.)

„Die Herren Kollegen werden aufmerksam gemacht, daß es nicht notwendig ist, sich an ein privates Stellenvermittlungsbureau zu wenden, da ärztliche Stellen von der Wiener Ärztekammer und vom Wiener Ärzte-Verein und vom Verein Deutscher Ärzte in Wien unentgeltlich vermittelt werden“.

Hochachtungsvoll

Für den Vorstand der Wiener Ärztekammer:

Obige Zeilen gingen allen medizinischen Blättern zu. Wir haben sie nicht veröffentlicht, weil sie für viele Ärzte — wenn auch unbeabsichtigt — der reinste Hohn sind.

Beginnen wir mit der Stellenvermittlung der Ärztekammer. Eines schönen Mittwochs wollte ein Kollege dort sein Glück versuchen. Vor allem belehrte ihn eine Tafel, daß die Amtsstunden erst um 4 Uhr nachmittags beginnen. Glückliche Leute! Er kam also nachmittags und fragte nach einem Arzte, dem er sein Anliegen vorbringen wollte. Es wurde ihm vom Diener bedeutet, daß kein Arzt zugegen ist. Nun wollen wir den Kollegen, die im Ehrenamte die Stelle eines Kammermitgliedes versehen, nicht den geringsten Vorwurf machen, daß nicht täglich ein Mitglied amtiert; Zeit ist Geld, und wenn für niemanden, so für den Arzt. Aber wir machen ihnen den Vorwurf, daß kein Arzt bei der Ärztekammer beamtet ist. Wenn schon nicht aus den Gründen, die wir in der vorangehenden Wochenschau entwickelten, so doch aus einfachen, praktischen Rücksichten. Gerade in solchen peinlichen Angelegenheiten, wie es die Bewerbung um eine Stelle ist, verständigt man sich am leichtesten mit einem Kollegen. Statt dessen wartet uns ein Diener auf, der nach unserem Begehren fragt, erklärt, daß keine freie Stelle vorhanden sei und schließlich den Kollegen auf den Freitag vertröstete. Freitag glückte es endlich dem Kollegen, den Beamten (Nichtarzt) zu sprechen, der ihm aber auch keine entsprechende Stelle nachweisen konnte. So sieht die Stellenvermittlung der Wiener Ärztekammer aus.

Und der Hinweis auf den national-antisemitischen „Verein Deutscher Ärzte“ und den christlichsozialen „Wiener Ärzteverein“, die programmäßig die jüdischen Kollegen, aus allen Stellen verdrängen wollen, kann sehr wenig Trost denen bieten, die weder dem einen, noch dem anderen Vereine angehören.

Eine Stellenvermittlung, die vegetiert, zwei, die einer großen Zahl von Kollegen von vorneherein die Türe nicht öffnen, so sieht die ärztliche Stellenvermittlung in Wien aus.

Bezüglich der Alters- und Invaliditätsversicherung gab der Minister des Inneren v. Bienerth folgende Erklärungen im Parlamente ab:

Die Regierung hat durch wiederholte Erklärungen während der Budgetberatung im Ausschuß sowie in diesem hohen Hause bekräftigt, daß sie diese große Frage wirklich zu lösen und zu diesem Zwecke möglichst bald mit einem fertigen Gesetzentwurf vor das hohe Haus zu treten wünscht. Indem ich mich auf diese Erklärungen berufe, beehre ich mich mitzuteilen, daß die Arbeiten zur Fertigstellung des Entwurfes keinen Augenblick geruht haben, und daß alle meine Bemühungen darauf gerichtet sind, sie in kürzester Frist zu beenden. Ich hoffe aber auf die Zustimmung der verehrten Herren, wenn ich erkläre, daß wir nicht mit einem unausgereiften Projekt vor das hohe Haus treten wollen, sondern bemüht sind, das an Schwierigkeiten überreiche Problem gründlichst durchzuberaten.

Diese Schwierigkeiten liegen nicht bloß in der Materie als solcher, es handelt sich auch um die Prüfung mannigfacher, zum Teil sehr weitgehender und die prinzipiellen Grundfragen berührender Wünsche und Anregungen, die im Laufe der Zeit der Regierung zugekommen sind. Gleichwohl vermag ich nach dem gegenwärtigen Stande der Arbeiten zu

---

werden, während die zivilrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes seit der Einführung des neuen Zivilprozesses eine unglaubliche Ausdehnung findet, sind die Aussichten für eine gesicherte Existenz, ja für die Möglichkeit einer bescheidenen Lebensführung für den Arzt geschwunden. Trotzdem seit Jahren die Zahl der Studierenden der Medizin in stetiger Abnahme begriffen ist, so zwar, daß sich heute bereits ein empfindlicher Mangel an Spitals- und Militärärzten fühlbar macht, besteht dennoch eine angebliche Überfüllung im ärztlichen Berufe.

Dieser scheinbare Widerspruch erklärt sich aus der Tatsache, daß die Kassengesetzgebung systematisch auf immer weitere Bevölkerungskreise ausgedehnt, dadurch die Betätigung des Arztes als Privatarzt immer mehr eingeschränkt wird. Die Kassen selbst, die ihren Pflichtenkreis immer mehr erweitern, deren Verwaltungskosten bei stets gleichbleibenden Einnahmen auch immer mehr steigen, müssen das Bestreben haben, durch Zuweisung unverhältnismäßig zahlreicher Mitglieder an einen Kassenarzt die ärztliche Hilfe so billig als möglich zu beschaffen. Es leuchtet ein, wie verhängnisvoll sich dieses Bestreben für die Ärzte wie für die erkrankten Mitglieder gestalten muß. Während der junge Arzt, erfüllt von dem Bewußtsein der Hehre seines Berufes, die Alma mater verläßt, sich der edelsten Humanität widmen will, während Staat, Land und Bevölkerung die größte Opferfreudigkeit, Selbstlosigkeit von ihm voraussetzen und verlangen, wird an ihm die schwerste und verwerflichste Inhumanität geübt, indem man seine Lebensbedingungen untergräbt und ihn zwingt, von materiellen Sorgen verfolgt, die erste beste ihn vor Hunger schützende Stelle zu übernehmen; ihn zwingt, auf Kosten seines Standesbewußtseins, seiner Selbstachtung Berufspflichten zu übernehmen, denen er physisch nicht gewachsen ist, welchen er bei bestem Willen nicht nachkommen kann — ihn mit einem Worte zu proletarisieren bestrebt ist. Doch auch den kranken Mitgliedern der Kassen wird hiedurch kein guter Dienst erwiesen, finden sie doch bei einem derartig gehetzten, überarbeiteten, verbitterten Arzte keine entsprechende Hilfe; sie können ihm nicht das Vertrauen entgegenbringen, welches der Beruf erfordert.

Die traurigen Honorarverhältnisse erhellen aus den von der hohen Regierung ermittelten Ziffern, 2·63 K beträgt in Österreich das „Honorar“ des Kassenarztes im Durchschnitte pro Kopf und Jahr. Es ist aber diese beschämend niedere Ziffer noch viel zu hoch gegriffen, da in derselben auch die Bezahlung der nichtärztlichen Krankenkontrolle enthalten ist. Je größer der Rayon des Kassenarztes ist, je nach dem Umstande, ob es sich um Stadt oder Land handelt, wechselt auch die Ziffer. „Honorare“ von einer Krone pro Mitglied und Jahr sind keine Seltenheiten. Was der Arzt für seine Einzelleistung bekommt, ist so gering, daß es ihn trotz seiner kostspieligen, längsten Ausbildung, trotz den Anforderungen an Selbstverleugnung und Opfermut, trotz der Fährlichkeiten seines Berufes in die Reihe der schlechtest bezahlten Handlanger herabdrückt.

Diese Verhältnisse fordern Abhilfe und müssen sie finden, wenn nicht die Gesamtbevölkerung der größten Gefahr ausgesetzt werden soll.

Im Gefühle der Verantwortung, welche ihm der Beruf auferlegt, im Gefühle der Humanitätspflicht, hat der Arzt bisher dem allgemeinen Wohle sein Leben geweiht, hat in den weltentlegensten Gegenden ohne Rücksicht auf materielle und geistige Entbehrungen dafür gesorgt, gegen sein eigenstes



erklären, daß die feste Absicht obwaltet, dem hohen Hause den Entwurf zu Beginn der Herbsttagung zu unterbreiten, und ich glaube nach menschlicher Voraussicht den 3. November als Termin hiefür in Aussicht stellen zu können.

Hinsichtlich der Grundzüge des Entwurfes will ich mich in diesem Augenblick auf die Mitteilung beschränken, daß er nebst einer Reform der Kranken- und Unfallversicherung die Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter umfassen wird; der Entwurf wird aber auch bindende Fürsorgeeinrichtungen treffen für den Kreis jener wirtschaftlich Selbständigen, die nach ihrer Lebenshaltung der Arbeiterschaft nahestehen und in gleicher und ebenso berechtigter Weise das Bedürfnis nach einer Versorgung für die Zeit der infolge fortschreitenden Alters geminderten Erwerbsfähigkeit empfinden.

Hohes Haus? Diese weitgesteckten Ziele umschreiben deutlich die gewaltige Aufgabe, die der Regierung bei der Lösung des Problems gestellt ist, und kennzeichnen den Ernst der Entscheidungen, die an das hohe Haus noch im Laufe dieses Jahres herantreten werden. Ich schließe mit dem Ausdrucke der Hoffnung, daß dem Parlament und der Regierung in gemeinsamer Arbeit die baldige Vollendung dieses größten sozialpolitischen Reformwerkes glücklich gelingen werde.

Für den 15. Oktober d. J. ist die feierliche Eröffnung des hygienischen Institutes in Aussicht genommen. Im alten Hyrtl-Hörsaal haben die Professoren Schattenfroh und Graßberger am 4. Juli ihre letzten Vorlesungen abgehalten; der alte Hörsaal wird nun durch die für den kommenden Herbst bevorstehende Demolierung der Gewehrfabrik für immer seiner bisherigen Bestimmung entzogen. Mit diesem Hörsaal schwindet ein bedeutsames Stück Geschichte der Wiener medizinischen Fakultät, denn an dieser Stätte hatte Hyrtl durch Dezennien seinen Lehrberuf ausgeübt. Nach dem Tode Hyrtls hielt Hofrat Langer in dem alten Anatomiesaale seine Vorlesungen, und als dieser in das neue anatomische Institutsgebäude übersiedelte, hielt hier Max Gruber seinen Einzug. Nach dessen Berufung nach München kam dann im alten Anatomiehörsaale Prof. Dr. Schattenfroh als Leiter des hygienischen Institutes zum Worte.

Das Kuratorium der Stiftung „Heilstätte für Lupuskranke“ hat den Bericht für 1907 erscheinen lassen, der in der Einleitung in Kürze den Stand der Aktion zur Bekämpfung des Lupus darlegt. Der Bericht enthält nach der Besprechung des finanziellen Standes der Anstalt auch das Protokoll der am 25. April d. J. stattgefundenen Sitzung des Kuratoriums. Der größte Teil der Sitzung war dem nicht weiter aufzuschiebenden Neubau der Heilstätte gewidmet, die mit dem vom Verein Lupusheilstätte aufzuführenden Heim für die ambulatorisch behandelten armen Kranken in ein großes Gebäude zusammengelegt werden soll. Obwohl noch etwa 60.000 K zu den Kosten fehlen, wurde der Neubau einstimmig beschlossen. Es wurde eine Resolution gefaßt, in dem dieser Beschluß zur Feier des Regierungsjubiläums des Kaisers niedergelegt wurde. Begründet wird er damit, daß das Provisorium dem großen Andrange von Kranken nicht mehr genüge, was einen bedenklichen Übelstand ergebe; die Heilstättenräume entsprechen keineswegs den Anforderungen der Hygiene.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hielt im Mai d. J. im Bürgersaale des Berliner Rathauses unter zahlreicher Teilnahme von Ärzten, Mitgliedern und Freunden der Gesellschaft ihre Hauptversammlung ab. Den Vorsitz führte Prof. Dr. Neißer, Breslau. Den Jahresbericht der Gesellschaft erstattete Doktor Blaschko, Berlin. Er griff auf den von der Gesellschaft veranstalteten Mannheimer Kongreß zurück, der sich in zweitägigen gründlichen Erörterungen mit der Frage der Sexualpädagogik beschäftigt habe. Was sich der Kongreß damals als die nächsten Ziele gesteckt habe, sei zum großen Teile schon erreicht. In den Fortbildungsschulen sei der Unterricht über die Gefahren des Geschlechtsverkehres allgemein eingeführt, sogar in Berlin. Über die Abiturientenvorträge zur sexuellen Aufklärung der angehenden Studenten habe das Kultusministerium eine Enquete veranlaßt, deren Ergebnisse demnächst vorliegen werden. Für die Lehrer an Seminaren und Universitäten seien von der Gesellschaft und anderen ärztlichen Vereinigungen Kurse eingerichtet worden, um sie in den Stand zu setzen, auf Grund eines umfassenden biologischen Wissens Aufklärung unter ihren Schülern zu verbreiten. Ein Elternmerkblatt, das diesen Anleitungen zur

---

materielles Interesse gesorgt, Krankheiten zu verhüten, Seuchen und deren Ausbreitung hintanzuhalten. Wehe dem Staate, der durch mangelhafte Fürsorge nicht zu verhindern weiß, den ideal angelegten Arzt in einen bloß auf seine materiellen Interessen bedachten Geschäftsmann zu verwandeln!

Durch Verstaatlichung des Ärztestandes für ärztliche Hilfe zu sorgen, ein Schlagwort, das von einer, wie es scheint, mächtigen politischen Partei in die Massen geworfen wurde, gehört in das Reich der Utopien. Das Wesen des ärztlichen Standes, das Verhältnis, in dem der Kranke zu seinem Arzte sich befindet, die Anteilnahme, welche der Arzt als Vertrauensmann der Familie entgegenbringen muß, die Selbstverleugnung, die ihm sein idealer Beruf auferlegt, sind nur bei der Betätigung in einem freien Berufe möglich.

Die neue Gesetzesvorlage vermag die Mängel der bestehenden Kassengesetze nicht zu beheben, im Gegenteil, sie erschwert die Existenzmöglichkeit der Ärzte dadurch, daß sie die obligatorische Kassenangehörigkeit auf weitere Bevölkerungsschichten ausdehnt (in Ziffern von $2^1/_2$ Millionen auf 6 Millionen), die Leistungen der Kassen erweitert, die Beiträge verringert, dazu die registrierten Hilfskassen, in uneingeschränkter Weise, wie obligatorische Krankenkassen gegen die Ärzte schalten läßt.

Die berechtigten Forderungen der Ärzte haben trotz Memoranden und Bittschriften keinerlei Berücksichtigung gefunden. Während Staat und Regierung bisher beflissen waren, der Not aller Berufstände ihre Fürsorge angedeihen zu lassen, hat der weitaus wichtigste Stand im Staate, der Ärztestand, bisher immer verschlossene Türen und taube Oren gefunden. Noch mehr, die Ärzte wurden ungefragt, wehrlos, den sozialpolitischen Schöpfungen, zugunsten aller anderen Staatsbürger gewaltsam dienstbar gemacht; für einen großen Teil des Aufwandes für diese Schöpfungen wurden die Ärzte ebenso systematisch als rücksichtslos ausgebeutet. Die Reform der Kranken-, die Schöpfung der Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter soll neuerdings die Ärzte in schwere Mitleidenschaft ziehen, sie soll dem einst geachteten und blühenden Stande den Todesstoß versetzen.

In geziemender Ehrfurcht fühlt sich der Reichsverband der österreichischen Ärzteorganisationen verpflichtet, Euere Exzellenz darauf aufmerksam zu machen, daß die organisierte Ärzteschaft Österreichs nicht gewillt ist, einer weiteren Verelendung der materiellen Verhältnisse und moralischen Zurücksetzung, wie sie die Beschlüsse des Arbeitsbeirates bedeuten, sich widerstandslos zu fügen, daß sie vielmehr eine Behebung der empfindlich gefühlten Mängel der gegenwärtigen Kassengesetzgebung ergebenst, aber ebenso entschieden verlangen muß; daß die Ärzteschaft sonst den Weg der Selbsthilfe einzuschlagen gezwungen wird, welcher einen Kampf bedeutet, der wohl den Ärzten die größte Selbstverleugnung auferlegen wird, aber mit dem schließlichen Siege unserer gerechten Sache enden muß.

Für diesen Entscheidungskampf lehnt schon jetzt der Reichsverband die Verantwortung ab.

Für den Reichsverband österreichischer Ärzteorganisationen:

Dr. Adolf Gruß

Dr. Ludw. Skorschebán Dr. Rod. Koralewski.



sexuellen Aufklärung ihrer Kinder geben solle, liege in zwei Entwürfen, darunter einem von Prof. Dr. William Stern in Breslau vor und werde demnächst publiziert. Für ein besonderes Merkblatt für Soldaten und Matrosen über die Gefahren der Geschlechtskrankheiten sei ein Preisausschreiben erlassen. Der Jury gehören drei hohe Offiziere, drei Ärzte und Senatspräsident Dr. Schmölder, Hamm, an. Für die Mitglieder der Krankenkassen seien fortlaufend Vortragskurse über die Geschlechtskrankheiten eingerichtet worden. Für Dienstmädchen, Ladenmädchen usw. halte jetzt zunächst in Berlin, später in Schlesien Frl. Dr. Hacker mit gutem Erfolge Vorträge. Die Belehrung der Studenten sei leider durch das höchst eigentümliche Verhalten des Rektors der Berliner Universität, Prof. Stumpf, der den Ärzten Vorträge über sexuelle Themen vor Studenten verbiete, zeitweilig gestört worden. Die drei größten Erfolge der Gesellschaft im abgelaufenen Jahre seien der Entwurf des Kurpfuschereigesetzes, der die Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch Kurpfuscher verbiete und nachdrückliche Unterstützung verdiene; das gegen den Berliner Magistrat ergangene Kammergerichtsurteil, das die Beteiligung der Krankenkassen an hygienischen Kongressen ausdrücklich für zulässig erklärt, und die Verordnung des preußischen Kultusministers vom 11. 12. 1907 über die Neuordnung der Reglementierung der Prostitution. Diese Neuordnung wolle den Mädchen, die auf der schiefen Bahn zur Prostitution herabgeglitten, die Rückkehr ins bürgerliche Leben ermöglichen und ihnen in diskreter Weise Heilung von den Geschlechtskrankheiten verschaffen. Die Einschreibung, bisher der Kernpunkt in der Bekämpfung der venerischen Krankheiten, sei als äußerstes Mittel ganz ans Ende gerückt. Hoffentlich würden sich die unteren Verwaltungsbehörden recht bald von dem eingebürgerten Verfahren befreien und recht weitsichtig sein. Aus dem inneren Leben der Gesellschaft sei hervorzuheben, daß der Breslauer Polizeipräsident sie für einen politischen Verein erklärt und den Ausschluß der weiblichen Mitglieder gefordert hätte. (Schallende Heiterkeit.) Das Oberverwaltungsgericht habe dem Polizeipräsidenten Recht gegeben, da die Gesellschaft sich doch mit Dingen wie die Änderung des Strafgesetzbuches befasse, die auf öffentliche Angelegenheiten Bezug haben. (Rufe: Hört, hört!) Das neue deutsche Reichsvereinsgesetz werde hoffentlich in dieser Beziehung Wandel schaffen. (Lebhafter Beifall.)

Nach Genehmigung des Jahresberichtes ergriff Professor Welander aus Stockholm das Wort zu dem Vortrage über: Wie kann man die durch hereditär-syphilitische Kinder verursachte soziale Gefahr bekämpfen?

Der Redner führte aus: Keine Krankheit hat sich so rasch verbreitet, wie seit dem Ende des 15. Jahrhunderts die Syphilis über die ganze Kulturwelt. Weder Palast noch Hütte hat sie mit ihrem furchtbaren Leiden verschont. Ihre furchtbarste Eigenschaft aber ist die, daß sie schon im Mutterleibe auf den Fötus übergehen kann und ihn tötet oder so angreift, daß das Kind um Wochen zu früh in elendem Zustande zur Welt kommt. Aber auch bei anscheinend gesund geborenen Kindern kann die Syphilis jahrelang schlummern, und diese bilden dann eine große Gefahr für ihre Umgebung und die ganze Gesellschaft. Nur eine energische, jahrelange Behandlung mit den Mitteln der neueren Wissenschaft ermöglicht ihre Heilung. Schon eine kräftige Behandlung syphilitischer Frauen in der Zeit der Schwangerschaft ist ein großer Schutz für das Kind. Es bedarf aber auch dann nach der Geburt dauernder ärztlicher Überwachung, da es nur frei von den Symptomen, aber nicht von den Keimen der Krankheit ist. Die schwierige Frage ist nun, wo diese Kinder behandelt werden sollen. In das Waisenhaus werden sie nicht aufgenommen, die Mütter sehen diese Kinder, die meist mehr das Aussehen vertrockneter Greise als junger Menschenwesen haben, oft nur als Last an, und die einmalige Behandlung im Krankenhause ist nicht genügend. Die Kinder müssen vielmehr jahrelang isoliert bleiben, aber da sie schon nach ganz kurzer Behandlung äußerlich vollkommen kräftig und gesund sind, nicht in ein Krankenhaus oder Asyl, sondern in einem gewöhnlichen Kinderheim. Sie brauchen nur wirklich gesunde Wohnstätten, Licht, Luft, Reinlichkeit, gesunde Nahrung und zweckmäßige Behandlung. Der Redner schildert dann die Einrichtung seines nach diesen Grundsätzen verwalteten „Kleinen Heims“ in Stockholm, in dem bisher 34 syphilitische Kinder geheilt worden sind, ohne daß bei einem einzigen die Krankheit im späteren Leben wieder zum Ausbruch gekommen wäre. (Lebhafter Beifall.)

Sanitätsrat Dr. Rosenthal, Berlin, teilt dann die Bildung eines Komitees zur Gründung eines Pflegeheims für örtlich-kranke Kinder auch in Berlin mit und legt den Aufruf vor, den es zur Sammlung von Mitteln erlassen hat. Dr. Ritter, Berlin, macht darauf aufmerksam, daß ein Teil dieser Aufgaben des Pflegeheims schon durch das Säuglingskrankenhaus von Prof. Ledermann erfüllt werde. Professor Schloßmann, Düsseldorf, huldigt dem Vortragenden als Menschenfreund und Arzt, hebt aber die Verschiedenheit zwischen Deutschland und Schweden hervor. In Schweden sei die Kindersterblichkeit unendlich viel geringer, wollte man hier syphilitische Kinder ohne Muttermilch ernähren, so würde man eine Sterblichkeit von 99% haben. (Sehr wahr!) Die Säuglingsfürsorge werde gerade jetzt in Deutschland einheitlich und großzügig organisiert. Das syphilitische Kind sei niemals eine Gefahr für die Umgebung, wenn man von der Krankheit wisse. Meist aber erkenne man sie erst aus den Primäraffektionen der angesteckten Umgebung. Jedes syphilitisch erkrankte Kind komme in die Krankenabteilung der Asyle oder in die Säuglingsabteilung der Krankenhäuser und bleibe — außer in dem rückständigen Berlin — dort solange, bis jede Ansteckungsgefahr verschwunden sei. Die wohlmeinenden Pläne des Vortragenden seien für Deutschland ein überwundener Standpunkt. Geheimrat Dr. Kirchner, vortragender Rat im Kultusministerium: Die Säuglingspflege sei in Deutschland jetzt in ungeheurem Aufschwunge. Die Kräfte zur Bekämpfung der ungeheuren Säuglingssterblichkeit, die in manchen Städten noch 20—25% betrage, dürfen nicht zersplittert werden. Gleichwohl habe auch er, der in der ersten Linie die Seuchenbekämpfung in Preußen zu organisieren habe, seine Unterschrift unter den Aufruf gesetzt. Man könne ja einwenden, daß es zweckmäßig wäre, die armen Wesen, die syphilitisch geboren werden, dahingehen zu lassen, und das Geld für gesündere zu verwenden, aber jedes Kind sei das Kind einer Mutter und jede Mutter liebe ihr Kind. Wenn sich daher offene Herzen und Beutel für diese Kinder finden, solle man es nicht zurückstoßen. Unsere Kinder und Enkel würden hoffentlich soweit kommen, alle tuberkulösen Kinder zu isolieren. Wenn jetzt für die ebenso schlimme schleichende Volkskrankheit der Syphilis ähnliches angebahnt werde, solle man neben der allgemeinen Organisation des Säuglingsschutzes auch dieses andere nicht lassen. (Lebhafter Beifall.) Von einer formellen Beschlußfassung nahm man Abstand.

Damit hatte die Jahresversammlung ihr Ende erreicht, weil wegen der vorgerückten Zeit der noch in Aussicht genommene Vortrag des Prof. Neißer ausfallen mußte.

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Johannessen, Christiania, bespricht das System der Schulärzte in Norwegen und anderen nordischen Ländern. Durch Gesetz wurde es jeder der höheren öffentlichen Schulen obligatorisch auferlegt, einen Schularzt anzustellen. In den folgenden Jahren sind nun Schulärzte an den öffentlichen und privaten höheren Schulen wie auch an den Volksschulen aller größeren und mehrerer kleinerer Städte angestellt. Die Schulärzte behandeln gewöhnlich nicht die kranken Kinder, sie untersuchen die Schüler, die ihnen vorgeführt werden und sehen zu, daß die hygienischen Bestimmungen, die für die Schule gelten, aufrecht erhalten werden. Das jährliche Gehalt



ist 2 bis 400 Kronen. In bezug auf den Nutzen der Institution für die höheren Schulen, wo ihre Bedeutung im Anfang als sehr gering geschätzt wurde, liegen von mehreren hochangesehenen Rektoren Äußerungen vor, die alle den großen Nutzen der Institution hervorheben, die sie als einen bedeutenden Fortschritt auffassen — eine Auffassung, die als eine unter Schulleuten sehr verbreitete erwähnt wird. Von schulärztlicher Seite wird in dieser Beziehung auf den großen Einfluß, den die Institution auf die physische Erziehung der Kinder, auf die Gymnastikpflege und auf die Hygiene des Unterrichts ausüben kann und auch ausübt, aufmerksam gemacht. Wie auf so vielen Gebieten der Schule, nimmt Schweden auch in bezug auf die Schularztinstitution eine hervorragende Stellung ein. Augenblicklich sind Schulärzte in einer großen Anzahl Schulen — sowohl höheren, allgemeinen Schulen, wie Seminaren, Mädchenschulen, technischen Elementarschulen und privaten Schulen — angestellt. Der Schularzt ist berechtigt, an den Verhandlungen des Schulkollegiums über schulhygienische Fragen teilzunehmen, und es ist der Oberleitung der höheren allgemeinen Schulen ein wissenschaftlich ausgebildeter Hygieniker zuzuordnen. Göppert, Kattowitz, spricht ebenfalls über die nebenamtliche Stellung des Schularztes. An der Diskussion über die drei Vorträge beteiligen sich eine Reihe von Ärzten und Schulmännern, ebenso auch Damen.

Ebenfalls höheres sozial-hygienisches Interesse boten die Vorträge über die „Ermüdung durch Berufsarbeit“. Als erster sprach Ingenieur Eisner, Berlin, der selbst einmal Lokomotivführer war. Seine Ausführungen, die eine eventuell darauf abzielende Gesetzgebung im Auge haben, lauten etwa: Sowohl die Arbeiter als auch die Arbeit sind individuell in bezug auf die Arbeitsunterbrechung, auf das Tempo der Arbeit, auf die Inanspruchnahme der Arbeiter, auf die äußeren Verhältnisse der Arbeitsstelle, auf die Gewohnheiten aller Art. Die hiedurch bedingte große Zahl der Untersuchungen, die auf der Arbeitsstelle selbst stattfinden müssen, lassen den Referenten zum Ergebnis kommen, daß die Verwendung der medizinischen und physiologischen Feststellungsmethode großen Schwierigkeiten begegnete. Erst wenn die Krankenkassenstatistik eine andere Form erhält, genaue Lebens- und Gesundheitsgeschichte der einzelnen Arbeiter bekannt sind, wird es möglich sein, zu genauen Ergebnissen über die Ermüdung der Arbeiter durch Berufsarbeit zu kommen. Nach Dafürhalten des Referenten arbeitet der deutsche normale, das heißt gesunde, vollkräftige, nüchterne Arbeiter berufsmäßig nicht bis zur Ermüdung, wenn sie gesundheitsschädlich wirkt. Das Ergebnis einer Umfrage des Referenten bietet für den Sozialpolitiker und Sozialhygieniker viel Interessantes und Wissenswertes.

Roth, Potsdam, bespricht die einzelnen Faktoren, die zur Ermüdung führen. Um einer chronischen Ermüdung beziehungsweise Übermüdung vorzubeugen, muß die Arbeitsintensität der Leistungsfähigkeit des Arbeiters angepaßt sein. Je anstrengender die Arbeit, und je weniger ausreichend die Arbeitspausen sind, um die Ermüdungsstoffe fortzuschaffen, um so früher tritt Ermüdung ein, und umso kürzer muß die Arbeitsdauer bemessen werden. Sonstige Betriebsgefahren, hohe Temperaturen, hohe Feuchtigkeitsgrade, heftige Erschütterungen, gezwungene Körperhaltungen, einseitige Inanspruchnahme einzelner Muskeln und anderes begünstigt den vorzeitigen Eintritt der Ermüdung, die wieder die Außerachtlassung der Maßnahmen des persönlichen Arbeiterschutzes zur Folge hat. Das gleiche gilt von der Aufnahme giftiger Stoffe in den Giftbetrieben, insoferne schlechte, verdorbene Luft die Leistungsfähigkeit herabsetzt und dadurch den Eintritt der Ermüdung begünstigt, muß aus diesem Grunde in allen gewerblichen Betrieben (mit Einschluß der kaufmännischen und Handwerksbetriebe) für ausreichende Zufuhr frischer Luft gesorgt werden. In gleicher Weise begünstigt unzureichende Ernährung und ungeeignete Lebensführung infolge Herabsetzung der Leistungsfähigkeit den vorzeitigen Eintritt der Ermüdung. Ebenso können auch weite Wege zur Arbeitsstätte die Leistungsfähigkeit im Sinne vorzeitiger Ermüdung ungünstig beeinflussen. Durch Förderung aller auf eine rationelle Ernährung gerichteten Maßnahmen, Fernhaltung von alkoholischen Getränken und sonstige geeignete Maßnahmen wird einer ungünstigen Einwirkung dieser Faktoren zu begegnen sein. Arbeiten, die an die Verantwortlichkeit und Aufmerksamkeit der beschäftigten Personen besondere Anforderungen stellen und die mit andauernder geistiger Anspannung einhergehen, sind geeignet, den vorzeitigen Eintritt der Ermüdung zu begünstigen, und das gleiche gilt unter Umständen von Eintönigkeit der Arbeit. Die weiteren Ausführungen des Redners finden in der unten geführten Resolution ihren Ausdruck.

Treves, Turin, bespricht die physiologische Seite der Ermüdung. Das Bild der Übermüdung bei den Berufsarbeitern ist durch eine im höchsten Grad warnende Symptomatologie bedingt. Es handelt sich hier um eine übermäßige Aufgabe, ungenügende Rechte, unvollständiges Ausgleichvermögen, so daß sich beständig Zeichen solcher Ermüdungserscheinungen anhäufen werden, mit Verminderung sowohl quantitativer wie qualitativer Arbeitsfähigkeit. Bei diesem Zustande ist die Tätigkeit des Muskel- und Nervensystems ebenso gut wie die des organischen Stoffwechsels betroffen, entweder beide gleichzeitig, oder bald die eine, bald die andere in überwiegender Weise. Die physiologische Grundlage für die Erklärung des Entstehens dieser allgemeinen Wertverminderung des menschlichen Organismus ist in den meisten Fällen nicht direkt in der Berufsarbeit allein zu suchen, die wichtigsten Ursachen liegen zum Teil in der organischen und psychologischen geringen Widerstandskraft der Berufsbeschäftigung, zum Teil der ökonomischen Organisation der Berufsbeschäftigung, zum Teil noch in den speziellen, die Fabrik- und Maschinenarbeit begleitenden Umständen. Imbert, Montpellier, formulierte seine Schlüsse folgendermaßen: Die Frage der Ermüdung der Arbeiter ist sowohl wirtschaftlich als auch medizinisch wichtig, obgleich dieser doppelten Eigenschaft besonders seitens der Nationalökonomen nicht immer die gebührende Beachtung geschenkt wird. Es sei vor allem zu wünschen, daß eine ernstliche, systematische, direkte experimentelle Untersuchung der gewerblichen Arbeit nach den Methoden des Laboratoriums und unter Anwendung von Apparaten desselben unternommen werde, daß der nächste Kongreß die vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Gewerbe (Arbeit, Ernährung usw.) in sein Programm aufnehme, daß nach dem Beispiele des Direktors des Arbeitsamtes in Frankreich besondere Laboratorien mit der Untersuchung der gewerblichen Arbeit in den verschiedenen Ländern offiziell betraut werden, und daß in den Kommissionen, welche in den verschiedenen Ländern mit der Ausarbeitung von Maßnahmen bezüglich der gewerblichen Arbeit beauftragt werden, auch Ärzte und Physiologen Sitz und Stimme haben.

In der Diskussion teilte Griesbach, Müllhausen, Versuchsresultate bei Ermüdeten mit. Der Maßstab kann in den chemischen Untersuchungen gewisser Ausscheidungen, in Aufzeichnungen an Apparaten oder in der Größe der Schwellen von Sinnesempfindungen bestehen. Auch psychologische Methoden kommen in Betracht. Von den physiologischen Maßbestimmungen erläutert Redner speziell die ästhesiometrische Berufsbeurteilung des durch Berufsarbeiten hervorgebrachten Ermüdungsgrades. Als Versuchspersonen dienten Lokomotivführer, Weichensteller, Werkmeister und Arbeiter im Maschinenbetrieb aller Art. Bei Lokomotivführern, die 12 und mehr Stunden Dienst tun, ist die Aufmerksamkeit durch Ermüdung derartig geschwächt, daß sie für Unglücksfälle nicht mehr verantwortlich gemacht werden können. Der ästhesiometrischen Ermüdungsmessung kommt daher für die Beurteilung von Unglücksfällen eine große Bedeutung zu. Auch der Ermüdung, die sich bei gewissen geistigen Berufsarbeitern einstellt, wurde gedacht. Interessante Aufschlüsse gaben die Untersuchungen bei der Ermüdung der Soldaten. Von Wichtigkeit ist der Umstand, daß körperliche und psychologische Indisposition die Empfindungsschwellen vergrößert. Aus diesen



Gründen ist deren Bestimmung bei Simulationsversuchen von Wert.

Die Referenten einigen sich schließlich auf folgende Resolution: Da die Leistungsfähigkeit nicht bloß individuell nach Konstitution, Lebensalter, Geschlecht und Lebensführung eine verschiedene ist, sondern auch im Leben des einzelnen erheblichen Schwankungen unterworfen ist, muß in allen körperlich oder geistig anstrengenden Betrieben mit Einschluß der großen kaufmännischen Betriebe, wie desgleichen in allen, in denen die Arbeiter besonderer Betriebsgefahr ausgesetzt sind, eine dauernde sachverständige Kontrolle nach der Richtung vorgesehen sein, daß der Leistungsfähigkeit im Einzelfalle in geeigneter Weise Rechnung getragen wird. (Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Der gegenwärtige Stand der Lehre und der Therapie der Syphilis. Von Priv.-Doz. Dr. M. Oppenheim.

Dank der Entdeckung Metchnikoffs und Roux, die einen Schimpansen erfolgreich mit Syphilis impften, und der Auffindung der Spirochaete pallida durch Schaudinn in Mitarbeiterschaft Hoffmanns weiß man, daß Syphilis keine ausschließlich menschliche Erkrankung mehr ist, und ihr Erreger, ihre Ätiologie, ist in der Spirochaete pallida gefunden.

Nach den Mitteilungen Schaudinns und Hoffmanns erschien in kurzer Aufeinanderfolge eine große Zahl bestätigender Arbeiten. Anfänglich wurde über das Ziel hinausgeschossen, indem Spirochäten, die den ubiquitären zuzurechnen waren, als Spirochaetae pallidae angesehen wurden, wodurch die Zahl der positiven Befunde über das richtige Maß hinauswuchs. Andererseits wieder wurden später Spirochäten, die dem Typus der Pallida ähnelten, in anderen pathologischen Produkten, die nicht durch die Syphilis bedingt waren, als Spirochaetae pallidae angesprochen, wodurch wieder der Wert der Schaudinnschen Entdeckung sehr skeptisch beurteilt wurde. Mit der Zeit jedoch wurde die Übung im Erkennen der sehr blaß sich färbenden und zarten Spirochaeta pallida größer, so daß die späteren Arbeiten über diesen Gegenstand sich der Wahrheit immer mehr und mehr näherten. Gegenwärtig steht die Sache so, daß feststeht, daß die Spirochaete pallida ausschließlich in syphilitisch infizierten Geweben anzutreffen ist; in anderen pathologischen Produkten kommt sie nicht vor. Als beste Färbemethode des Strichpräparates gilt heute die Färbung mit Giesma-Lösung. Eine für die Praxis sehr brauchbare Methode ist die Aufsuchung der Spirochäten mittels Dunkelfeldbeleuchtung (Landsteiner und Mucha). Mit ziemlicher Konstanz und reichlich ist sie anzutreffen in Ausstrichpräparaten von Primäraffekten, erodierten, nässenden, exulzerierten Papeln, in pustulösen Syphiliden und in Strichpräparaten von Organen hereditär-luetischer Kinder. Spärlicher findet man sie im Lymphdrüsensafte, in wenig erodierten papulösen Effloreszenzen und sehr vereinzelt im Blute und im Geschabe von Reseolen; auch im Urinsedimente aus der Harnblase eines hereditär-luetischen Kindes wurden Spirochaetae pallidae nachgewiesen.

Das Verhältnis der Spirochäten zum Gewebe ist namentlich durch die Arbeiten Levaditis, Hoffmanns, Ehrmanns, Blaschkos usw. gefördert worden. Sie liegen im Infiltrate des Primäraffektes, hauptsächlich zwischen den Fibrillen der gequollenen Bindegewebsbündel und in der Wandung der Lymphgefäße und Venen. Sehr zahlreich sind sie in den Lymphbahnen, weniger zahlreich in den Venen und Kapillaren. Ehrmann und Hoffmann fanden die Spirochäten schon frühzeitig in den Nervenstämmen. Für das Verschwinden der Spirochäten wird Phagozytose verantwortlich gemacht. Nach Blaschko finden sich im Primäraffekt Spirochätennester, so daß man sich nicht wundern dürfe, wenn man manchmal in Schnitten enorme Spirochätenmengen findet, ein andermal überhaupt keine. Am ehesten trifft man diese Nester durch Schnitte, die parallel zur Oberfläche des Primäraffektes oder der Papel gehen. Durch die Eigenbewegung werden die Spirochäten hauptsächlich interzellulär gelagert; sie können aber auch durch den Lymphstrom passiv verbreitet werden. Wichtig ist ihre frühere Anwesenheit in Blutgefäßen mit Rücksicht auf die Generalisierung des Virus. Durch die Schnittfärbungsmethode wurden die Spirochäten auch in der Roseola syphilitica gefunden, wo sie Embolien der Endkapillaren in den Papillen veranlassen, ferner im papulösen und papulokrustösen Syphilid, in den Randzonen der Gummen in vereinzelten Exemplaren und ebenso spärlich in den Effloreszenzen der malignen Lues. Diese letzten Befunde sind deshalb interessant, weil sie zeigen, daß nicht die große Zahl der Spirochäten die schwersten Krankheitssymptome bei der Syphilis erzeugt, sondern die Reaktion des Körpers auf die Spirochäten. Hervorheben möchte ich noch den gelungenen Spirochätennachweis bei Aortitis syphilitica und bei Arteriitis cerebralis. Wie schon erwähnt, zeigen auch alle Inokulationseffekte bei Affen, Kaninchen und Hunden im Gewebe Spirochäten.

Die Morphologie der Spirochäten ist noch nicht so weit gediehen, daß ihre Einreihung unter die Protozoen mit voller Sicherheit erfolgen kann. Metchnikoff möchte auf Grund der Geißeln, die auch bei der Rekurrens- und Hühnerspirochäte bereits nachgewiesen sind, die Spirochäte zu den Bakterien rechnen; Schaudinn, Powazek und die Mehrzahl der Autoren sprechen sich für die Protozoennatur aus. Auch gibt es Autoren, die bereits einen Generationswechsel beobachtet haben und den von Siegel als Syphiliserreger beschriebenen Cytorrhyctes luis als Trypanosomenstadium der Spirochaete pallida betrachten und auf diese Weise beide Entdeckungen in Zusammenhang bringen. Die Kultur der Spirochäte ist nicht gelungen; Levaditi hat nach einer Mitteilung am letzten Kongreß für Hygiene in Berlin eine Spirochätenanreicherung im Kollodiumsäckchen erzielt.

Wenn wir nun diese neugefundenen Tatsachen für die Pathologie und Klinik der Syphilis verwerten wollen, so interessieren uns dabei hauptsächlich zwei Fragen. Nämlich die bezüglich der Generalisierung des Virus beim Menschen und die zweite Frage bezüglich der Rezidive. Beide stehen miteinander im Zusammenhang, haben ein eminent therapeutisches Interesse und führen zur Untersuchung über Syphilisimmunität.

Die Lehre von der absoluten Immunität bei Syphilis stand in mancher Beziehung mit der klinischen Beobachtung in Widerspruch. Namentlich waren es die Rezidiveruptionen, die durch neuerliche Spirochäteninfektion, sei es in toto, sei es durch Verbreitung von inneren Spirochätendepots her zustande kommen, welche bei der Annahme einer vollständigen Immunität nicht erklärt werden konnten. Eine Einbringung von Spirochäten von außen her sollte unmöglich sein, von innen her aber leicht zustande kommen können! Dazu kam noch, daß die Affenimpfung keinen qualitativen Unterschied in der Virulenz der einzelnen Syphilisprodukte ergeben hatte.

Drei Fragen waren hauptsächlich zu lösen: Wann tritt die Immunität ein? Besteht sie auch nach der Abheilung fort oder ist sie ausschließlich an das Nochvorhandensein der Krankheit gebunden?

Bezüglich der ersten Frage wurde durch Neißer, Finger und Landsteiner, Kraus usw. bei Affen festgestellt, daß nicht nur längere Zeit nach der ersten Impfung, vor Entwicklung des Primäraffektes, sondern auch einige Zeit nach dieser eine Haftung erzielt werden kann. Es besteht also zur Zeit des Auftretens des Primäraffektes noch keine absolute Immunität.

Ferner wurde durch Versuche Fingers und Landsteiners festgestellt, daß Syphilitiker auch später auf fremdes Syphilisvirus, das ihnen in Taschen und tiefen Skarifikationen eingebracht wurde, mit lokalen spezifischen Erscheinungen reagieren. Zwar entsteht dabei kein Primäraffekt mit konsekutiven Drüsenschwellungen; es entwickeln sich aber syphilitische Papeln von verschiedener Intensität an den Inokulationsstellen, die histologisch den durch Innenaffektion entstandenen Papeln gleichen und in denen Spirochäten nachgewiesen wurden.



Die Impfeffekte nehmen mit der Dauer der Erkrankung an Intensität ab; sie sind in der zweiten Latenzperiode deutlicher als in der sekundären Periode und hier wieder in den ersten Monaten deutlicher als in der späteren Zeit. Dies stimmt damit überein, daß Rezidive im allgemeinen immer spärlicher und unbedeutender werden, um schließlich ganz zu sistieren, entsprechend der allmählichen Abnahme der Spirochätenmenge im Verlaufe der Syphilis. Dazu kommen jedoch Immunitätsschwankungen, die bewirken, daß auch geringe Virusmengen sich rasch vermehren und ausgiebige universelle Rezidiveruptionen veranlassen oder ohne wesentliche Vermehrung intensivere lokale Krankheitserscheinungen verursachen können. Dies führt uns zu den Versuchen Fingers und Landsteiners bei Tertiärsyphilitischen. Bei diesen wurde konstatiert, daß Inokulationen von ganz besonders heftiger Reaktion gefolgt sind, indem sich im unmittelbaren Anschluß an diese erythematöse Rötung Infiltratbildung mit zentralem Zerfall ausbildet. Bei Tertiärsyphilitischen kommt noch zu den Faktoren, Zahl der Spirochäten und Immunität eine durch die lange Zeit bestehende Infektionskrankheit gesteigerte Empfindlichkeit des Gewebes hinzu, die man auch bei Tuberkulose und Malleus beobachtet. Die Pirquetsche Tuberkulindiagnose beruht ja auf dieser Tatsache.

Es reagiert also die Haut bei lange bestehender Syphilis viel lebhafter auf Superinfektion trotz bestehender relativer Immunität. Durch diese Versuche ist also eine Superinfektionsmöglichkeit bei Syphilis bewiesen. Parallel damit gehen auch klinische Beobachtungen der letzten Zeit, aus denen hervorgeht, daß innerhalb der ersten und zweiten Inkubationsperiode der Syphilis Autoinokulationen vom bestehenden Primäraffekt und Superinfektionen von fremden Virusherden her möglich sind. Sie sind nur durch verkürzte Inkubationszeit und einen milderen Verlauf ausgezeichnet in Analogie mit den Beobachtungen an Affen.

Die Frage nach der Möglichkeit einer Reinfektion deckt sich mit der nach dem Bestande einer Immunität nach Ablauf der Syphilis. Es ist sicher, daß bei einem Organismus, der noch Syphilisvirus, wenn auch latent, beherbergt, eine Reinfektion mit Primäraffekt, Drüsenschwellungen und Exanthem nicht möglich sein wird. Das haben ja auch die oben erwähnten Versuche gezeigt. Wir müssen annehmen, daß eine echte Reinfektion nur nach Heilung der Syphilis und nach Aufhören der Immunität zustande kommen kann. Denn nur bei vollständiger Abwesenheit von Syphilisvirus kann man an ein vollständiges Erlöschen der Immunität denken. Wenn diese noch in geringem Grade vorhanden, so kommt es eventuell nur zu Primäraffekt und Drüsenschwellung oder nur zur Entwicklung eines Primäraffektes, was natürlich für eine eventuelle Generalisierung des Virus nichts beweist. Denn die eingangs erwähnten Befunde Neißers an den inneren Organen niederer Affen, die nur einen Primäraffekt akquirieren, beweisen die Generalisierung des Virus trotz des Fehlens von Drüsenschwellungen und Hauterscheinungen.

Die Lehre von der Immunität bei Syphilis können wir daher gegenwärtig in den Satz zusammenfassen, daß die Generalisierung des Virus bei einer zweiten Infektion absolutes Fehlen von Immunität und Fehlen von altem Virus beweist; eine lokale Superinfektion ist beim syphilitischen Organismus möglich; der Impfeffekt ist abhängig von drei Faktoren: Stand der Immunität, Menge des eingebrachten Virus und Überempfindlichkeit des Gewebes. Davon wird auch die Art der Rezidive, das heißt der Hautinfektion von innen her abhängen.

Die Immunität des Syphilitikers nimmt im großen und ganzen allmählich mit Unterbrechungen zu, die Virusmenge nimmt im Organismus allmählich ab. Überempfindlichkeit kann von vornherein bestehen (Syphilis ulcerosa und maligna praecox) oder sich mit der Zeit entwickeln (Gummata). Beiden Formen ist die geringe Virusmenge gemeinsam.

Die Ätiologie, pathologische Anatomie und Klinik der Syphilis sind also nach dem Gesagten schon jetzt in ungeahnter Weise gefördert worden. Ebenso groß ist der Fortschritt in der Diagnostik. Früher wurde die Diagnostik einer syphilitischen Erkrankung ausschließlich durch die charakteristische klinische Form in Zusammenhang mit dem Gesamtbilde, das der Erkrankte bot und mit Hilfe der Anamnese gestellt. In zweifelhaften Fällen half man sich durch Diagnosenstellung per exclusionem, durch die histologische Untersuchung und den Erfolg der spezifischen Therapie. Jetzt stehen uns ganz andere Wege offen.

Durch den Nachweis der Spirochaete pallida in noch unverdächtigen Erosionen ist eine Diagnose früher möglich, bevor diese klinisch zu stellen ist, was für eine eventuelle wirksame präventive Therapie von größter Bedeutung wäre.

Für diese Fälle hat die serologische Diagnostik die größte Bedeutung, und es kann heute schon die Behauptung aufgestellt werden, daß auf serologischem Wege mit Sicherheit die Diagnose Syphilis gestellt werden kann. Die Methode ist die von Wassermann und Bruck für die Diagnose der Tuberkulose, Meningitis, Typhus eingeführte Komplementbindung oder -ablenkung. Mittels dieser Methode wurde von Neißer und Bruck nachgewiesen, daß das Serum von Syphilitikern Antikörper gegen Spirochäten id est gegen spirochätenhaltiges Material besitzt. Und zwar konnte die Methode nach zwei Richtungen hin verwendet werden. Hatte man ein Serum auf Syphilis zu untersuchen, so brauchte man es nur auf spirochätenhaltiges Material (Organe hereditär syphilitischer Neugeborener, Papeln) einwirken zu lassen, um durch das Auftreten der Komplementbindung (Ausbleiben der Hämolyse bei einem zugefügten hämolytischen System) die Syphilis zu diagnostizieren. Im umgekehrten Sinne konnte man auf Syphilisprodukt schließen, wenn durch Zufügung eines Syphilisserums Komplementbindeng eintrat. In zahlreichen Nachuntersuchungen wurde dies bestätigt und die diagnostische Verwertung so z. B. namentlich von Citron, Wassermann und Meier empfohlen. Mittels dieser Methode wurden auch im Serum und in der Spinalflüssigkeit von Tabikern und Paralytikern spezifische Substanzen nachgewiesen.

Doch diese Methode hatte ihre Nachteile. Es gab immer ein gewisser, wenn auch kleiner Prozentsatz sicherer Syphilisfälle in allen Untersuchungsreihen ein negatives Resultat; das Material zur Untersuchung, z. B. fötale Lueslunge, war nicht immer zu beschaffen; normale Sera gaben auch manchmal mit Luesmaterial Komplementbindung, und umgekehrt reagierten Sarkomgewebe, normales Leber- und Lungengewebe usw. ebenfalls mit Syphilisserum positiv. Ein ganz anderes Gesicht bekam aber die Serodiagnose der Syphilis durch die Untersuchungen Landsteiners, Müllers und Poltzs, welche an Stelle von spirochätenhaltigem Material alkoholische Extrakte von normalem Tierherzen, -leber und -lunge verwendeten. Die Komplementbindung resp. die Hemmung der Hämolyse trat dadurch viel prompter, deutlicher und konstant ein, wodurch eine praktisch brauchbare und sichere Methode der Syphilisdiagnose gewonnen wurde. Allerdings darf man jedoch nicht auf das Vorhandensein von Luesantikörpern bei positivem Ausfall der serologischen Untersuchung schließen, da nicht Antigen auf Antikörper einwirkt, sondern durch Alkohol aus normalen Parenchymen extrahierbare Substanzen auf durch die Syphilis produzierte, im Serum befindliche Stoffe, über deren Eigenschaften gegenwärtig noch nichts genaueres bekannt ist. (Es sollen Lipoide sein.) Die Bedeutung dieser Serodiagnose für die Praxis läßt sich fast noch gar nicht überblicken. Vorläufig sind wir imstande, Differentialdiagnosen bei zweifelhaften Geschwüren am Gliede, im Munde usw., bei Nervenkrankheiten, Arterienerkrankungen usw. leicht und sicher zu stellen, zumindest die Syphilis auszuschließen.

Ich habe schon erwähnt, daß es durch die Tierpassage nicht gelungen ist, eine Schutzimpfung, eine Vakzination zu konstruieren. Zwar geben Neißer, namentlich aber Metchnikoff die Hoffnung diesbezüglich nicht auf — letzterer findet sogar den Beweis für eine gelungene Abschwächung schon erbracht — aber wir sind diesbezüglich skeptisch geworden. Ebensowenig ist es gelungen, durch chemische oder



physikalische Einwirkungen das Virus abzuschwächen. Auch die subkutane und intravenöse Zufuhr von abgetötetem Virus von Extrakten, die in vitro aus Syphilismaterial hergestellt wurden, schufen keinen Schutz vor Syphilisinfektion; es sind daher die Aussichten einer prophylaktischen Schutzimpfung bei der Syphilis sehr gering.

Anders scheinen die Aussichten von Präventivmaßregeln zu sein, die unmittelbar oder sehr kurze Zeit nach der Infektion getroffen werden. Da muß man vor allen der Versuche Metchnikoffs und Roux gedenken, die feststellten, daß bei Affen und Menschen die Syphilisinokulation mißlingt, wenn die Inokulationsstelle 1—20 Stunden hinterher mit einer 30%igen Kalomelsalbe (Kalomel 3·0, Lanolin 10·0) eingerieben oder nur überstrichen wird. Das Experiment am Menschen wurde an Dr. Maisonneuve ausgeführt, der in seiner These die Wirkung der Kalomelsalbe als unfehlbar hinstellt. Neißer prüfte die verschiedensten Mittel bei Affen in verschiedener Zeit nach der Impfung; er erhielt wechselnde Resultate, und eine 10%ige Kalomelsalbe versagte ihm; trotzdem empfiehlt er die 30%ige Kalomelsalbe in allen Fällen anzuwenden, in denen die Zeit nach der Infektion eine entsprechend kurze war.

In gleicher Linie als Präventivmaßnahme ist die frühe Exzision der Inokulationsstelle zu setzen. Auch hier sind die Resultate nicht eindeutig. So hatten bei Neißers Exzisionen 8 Stunden und 14 Stunden post inoculationem keinen Effekt, während er einmal nach 12 Stunden noch vollen Erfolg erzielte. Auf Grund dieser Experimente nimmt Neißer den therapeutischen Standpunkt ein, die Exzisionen überall vorzunehmen, wo sie ohne besondere Zerstörung des Organes durchführbar sind.

Wir kommen nun zu einer Reihe von Versuchen, die angestellt wurden, die nach Inokulation und nach Manifestwerden des Primäraffektes beginnende Generalisierung des Virus hintanzuhalten oder dieselbe zu paralysieren. Dazu gehören die von Kraus ersonnenen Versuche der aktiven Immunisierung durch subkutane Zufuhr von abgetötetem Syphilismaterial nach möglichst frühzeitiger Feststellung der Diagnose des luetischen Primäraffektes, entsprechend dem Verfahren bei Lyssa. L. Spitzer hat dann das Verfahren weiter ausgebaut und hat von 20 so behandelten Luetikern bei 7 keine Sekundärerscheinungen bei einer Beobachtungsdauer von 24 Monaten beobachten können. Neißer, Brandweiner, Kreibich, konnten diese Resultate nicht bestätigen; auch führt Neißer eine Reihe theoretischer Bedenken an, und ein Experiment, bei dem die gleichzeitige subkutane Giftzufuhr und Inokulation die Entwicklung des Primäraffektes ungestört ließen. Die passive Immunisierung durch Serum hat auch bis heute keine Erfolge zu verzeichnen.

Die Verminderung des Giftes resp. der Spirochäten, auch wenn diese bereits im Blute kreisen, bezweckt auch die Exzision des bereits manifest gewordenen Primäraffektes und gleichzeitige Einleitung der Frühbehandlung. Neißer, Lesser, Jadassohn treten neuerdings wieder energisch für die möglichst frühzeitig vorzunehmende Exzision des Primäraffektes ein, einerseits auf Grund von Beobachtungen an Kranken, andererseits deshalb, weil man jetzt durch den Spirochätennachweis viel früher die Diagnose stellen kann, daher unter viel günstigeren Bedingungen operieren könne. Der frühzeitige Nachweis der Spirochäten im Blute (Hoffmann, 6 Wochen post infectionem), der Virusnachweis in den inneren Organen der niederen Affen usw. beweise noch immer nicht eindeutig die stattgehabte Durchseuchung, und auch dann noch sei es nicht gleichgültig, dem Körper einen so eminenten Spirochätenherd, wie es ein Primäraffekt ist, zu belassen. Vielleicht kann der Organismus deshalb mit den eingedrungenen Spirochäten nicht fertig werden, weil immer neue nachkommen; Invasion bedeute noch immer nicht Infektion. Die Exzision und die frühe Quecksilberbehandlung unterstütze die Vernichtung der Spirochäten. — Thalmann wendet zur Tötung der Spirochäten im Primäraffekt 1%ige Sublimatinjektionen unter die Sklerose mit Hg-Behandlung und hat damit sehr befriedigende Resultate erzielt. In einer sehr lesenswerten Abhandlung: „Die Frühbehandlung der Syphilis“, begründet er diesen Standpunkt auf Grund seiner theoretischen Deduktionen.

Für die Syphilisbehandlung überhaupt wurde in jüngster Zeit ein neues Mittel, das Atoxyl, empfohlen. Es ist dies eine Anilinarsenikverbindung, die schon längere Zeit in kleinen Dosen bei Behandlung chronischer Dermatosen (Psoriasis) in Gebrauch stand. Es wurde von Laveran zur Bekämpfung der Schlafkrankheit, einer Trypanosomenkrankheit, empfohlen und seine Wirksamkeit diesbezüglich von Koch bestätigt.

Uhlenhut konstatierte dessen Wirksamkeit bei der Hühnerspirillose und bei der Dourine, worauf Hoffmann und Roscher das Atoxyl in kleinen Dosen bei Syphilis ohne Erfolg versuchten. Salmon war der erste, der es in großen Dosen bei Syphilis mit gutem Erfolge verwendete, und diese Wirkung wird von Hoffmann und Roscher, Lassar, Hallopeau usw. bestätigt. Aber bald werden Vergiftungserscheinungen, Erbrechen, Koliken, Nausea, Nervenstörungen, ja sogar in einem Falle Erblindung beobachtet, welche zur Vorsicht mahnten. Ferner wurde konstatiert, daß Rezidiven sehr rasch wieder auftraten, wenn auch namentlich ulzeröse und tertiäre Erscheinungen rasch zurückgingen. In Wien wurde das Atoxyl von vielen Seiten seiner Wirkung nach geprüft, so von Scherber, Volk, und zuletzt von Nobl. Am ungünstigsten spricht sich der letztere über die Atoxylwirkung aus, der die Atoxylbehandlung als vollständig ungenügende Behandlung hinstellt und als ein Versäumnis den Kranken gegenüber, denen das Hg zu lange entzogen wird.

Ausgehend von der Annahme, daß die Atoxylwirkung bei Syphilis größtenteils Arsenwirkung ist, von der wir ja schon längst wissen, daß sie Syphilis günstig beeinflußt, hat O. an seinem Syphilismateriale Versuche mit großen Dosen von Natrium kakodylicum angestellt. Dieses ist vollständig ungiftig und ebenfalls eine HgN-Verbindung. Die Resultate, die O. damit erhielt, entsprechen genau den Atoxylresultaten. O. hat raschen und völligen Rückgang schwerer ulzeröser Formen beobachtet, Ausbleiben von Sekundärerscheinungen bis heute (1/2 Jahr) post infectionem, aber auch geringe Beeinflussung und rasche Rezidive. Und man kann das Natrium kakodylicum gewiß nicht als Spezifikum gegen Syphilis bezeichnen. Es hat also das Atoxyl die Erwartungen, die sich auf Grund theoretischer Erwägungen und der Tierexperimente an seine Anwendung bei Syphilis knüpften, nicht erfüllt. Vielleicht, daß Kombination von Atoxyl, z. B. wie Neißer vorschlägt, mit Trypanrot bessere Resultate ergeben.

Wir sind daher bei der Therapie der Syphilis nach wie vor auf das Hg und in zweiter Linie auf das Jod angewiesen. Vom Quecksilber hat die experimentelle Forschung tatsächlich dessen Spezifität, dessen deletären Einfluß auf die Spirochäten ergeben. So verhindert nach Metchnikoff die Einreibung von 30% Kalomelsalbo beim Affen das Zustandekommen der Infektion; Quecksilber hat denselben therapeutischen Effekt bei Affen wie bei Menschen, die Spirochäten verschwinden aus den syphilitischen Krankheitsprodukten rasch, sowohl bei allgemeiner als auch bei lokaler Hg-Therapie. Die vernichtende Wirkung des Hg auf lebende Spirochäten wurde auch unter dem Mikroskope konstatiert. Abgesehen von diesen experimentellen Tatsachen kann man auch Beobachtungen, die indirekt auf das Zugrundegehen der Spirochäten in den luetischen Krankheitsprodukten schließen, für die Spezifität der Hg-Wirkung anführen. Die eine ist die Reaktion eines luetischen Exanthems auf die ersten Hg-Gaben mit lebhafteren Entzündungserscheinungen, die sogenannte Herxheimersche Reaktion, die andere ist das Auftreten von Fieber nach den ersten Hg-Gaben, das in jüngster Zeit von Lindenheim konstatiert wurde. Beide Beobachtungen könnten durch das Zugrundegehen zahlreicher Spirochäten, durch das Freiwerden ihres Endotoxin mit lokaler und allgemeiner Reaktion erklärt werden.

Dahin gehört auch die von O. gemachte Beobachtung, daß Rezidiven, die während oder im unmittelbaren Anschlusse an ausgiebige Quecksilbertherapie auftreten, oft akut entzünd-



lichen Charakter haben und klinisch dem Erythema multiforme und nodosum ähneln.

Wenn wir uns nun fragen, inwiefern die Therapie der Syphilis durch alle oben entwickelten neuen Gesichtspunkte gefördert wurde, so muß die Antwort recht dürftig ausfallen. Als Prophylaktikum wäre die unmittelbar nach dem Koitus vorzunehmende Einreibung des Gliedes mit 30%iger Kalomelsalbe vorzunehmen; sie gewährt immerhin einen gewissen Schutz. Exzision von Primäraffekten mit eingeleiteter energischer Frühbehandlung müßte ebenfalls in Fällen, in denen die Diagnose frühzeitig durch den Spirochätennachweis gestellt wurde, vorgenommen werden; sonst bleibt alles beim alten. Chronisch intermittierende Hg-Behandlung durch mehrere Jahre, eventuell kontrolliert durch den serodiagnostischen Nachweis von durch Syphilis bedingte spezifische Körper. Die Methode sind Injektionen unlöslicher Hg-Salze oder Einreibungen, kombiniert mit Jodtherapie.

Schließlich macht O. auf eine Arbeit von Harttung und Foerster aufmerksam. Diese Autoren empfehlen auf Grund sehr lehrreicher Krankengeschichten die Behandlung der durch die Spirochäten bedingten Nervenerkrankungen mit Kalomelinjektionen. Es wurden Kranke wesentlich gebessert, die Hg. Salizylicum und Einreibungen vergebens angewendet hatten. (Mediz. Klinik Nr. 6.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 19. Juni 1908.

Georg Lotheissen demonstriert ein zweijähriges Kind, bei dem er wegen komplizierten Schädelbruches mit starker Depression eine Periost-Duraplastik mit Knorpeleinpflanzung und Deckung durch Lappenverschiebung vorgenommen hat.

Alexander Fraenkel weist auf die guten Erfolge hin, wenn in derlei Fällen die Deckung des Schädeldefektes ohne die Integrität des übrigen Skelettes zu stören und ohne neue Verletzungen zu setzen, die ebenso einfache als schonende Methode der Zelluloidheteroplastik vorgenommen wird.

Lotheissen bemerkt zu den Ausführungen Fraenkels, daß die Zelluloidplastik gewiß oft sehr schöne Resultate ergibt, daß aber in diesem Falle, wo sich der eigene, elevierte Knochen abgestoßen hatte, ein Fremdkörper wie Zelluloid sicher ausgestoßen worden wäre.

Clemens v. Pirquet: Fortlaufende Bestimmungen der Reaktionsfähigkeit auf Tuberkulin während der Masern. Die kutane Tuberkulinprobe läßt sich nicht bloß zur Diagnostik, ob in einem Falle Tuberkulose vorliegt oder nicht, sondern auch zur täglichen Bestimmung der quantitativen Reaktionsfähigkeit verwenden. Solche fortlaufende Bestimmungen ergeben meistens eine allmähliche Abnahme während der Miliartuberkulose und eine ganz charakteristische, vorübergehende Depression während der Masern, welche vom Vortragenden zuerst an einem Einzelfalle bemerkt, von Preisich in Budapest als allgemein gültig erkannt wurde. Diese Abnahme erfolge ganz gesetzmäßig und ist für Masern diagnostisch verwertbar. Scharlach, Röteln, Diphtherie, Typhus, Meningitis cerebrospinalis geben keine analoge Abschwächung, dagegen scheint eine solche bei Vakzine — und vermutlich auch bei Variola — zu bestehen.

Als Ursache der Abnahme wird eine Absorption der zur Tuberkulinreaktion notwendigen Antikörper angenommen. Auf diesem Fehlen der Antikörper während der Masern beruhe es, daß sich erfahrungsgemäß die Tuberkulose während der Masern so häufig rapid ausbreitet.

Die fortlaufende Bestimmung der Reaktionsfähigkeit ist geeignet, die Pathogenese der Tuberkulose und ihre Beziehungen zu anderen Infektionskrankheiten zu klären; sie ist — im Gegensatze zur diagnostischen Reaktion — auch bei Erwachsenen mit Erfolg anwendbar. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Hainessche Zuckerprobe.

Rp. Cupr. sulfuric. 2·0,
Aq. dest.
Glycerin. aa. 15·0,
Liq. Kalii caustic. (5%) 150·0.
MDS. Hainessches Reagenz. Preis Mk. 1.15.

Man koche einige Kubikzentimeter der dunkelblauen Lösung und setze den Urin tropfenweise zu. Bei Anwesenheit von Zucker zeigt sich — wie bei der Trommerschen Probe — gelbe bis ziegelrote Färbung. Bei sehr geringen Zuckermengen ist die Färbung mehr braungelb bis schmutzigbraun.

Diese Probe gestattet auch eine sofortige quantitative Abschätzung des Zuckergehaltes: denn

1	Tropfen und einmal. Aufkochen weist auf mehr als	2%
2—3	„ einmaliges Aufkochen,	1—2%
3—5	„ mehrmaliges Aufkochen,	1·0—0·5%
5—15	„ mehrmaliges Aufkochen,	0·5—0·2%
20	„ mehrmaliges Aufkochen,	0·1—0·05%.

Ist mehr als 2% vorhanden, so muß man ein bestimmtes Quantum Urin mit der gleichen, doppelten usw. Menge Wasser verdünnen, den Gehalt der verdünnten Flüssigkeit nach der Tabelle bestimmen und ihn dann mit resp. 2, 3 usw. multiplizieren. (Mediz. Klinik.)

V. Notizen.

Wien. Hofrat Prof. v. Eiselsberg wurde zum korrespondierenden Mitgliede der physikalisch-medizinischen Sozietät zu Erlangen ernannt. — Dem Präses der Witwen- und Waisensozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, Reg.-Rat Dr. Hans Adler, wurde der Orden der eisernen Krone dritter Klasse und dem ersten Präsesstellvertreter der genannten Sozietät a. o. Universitätsprofessor Dr. Otto Bergmeister, der Titel eines Regierungsrates verliehen.

Baden bei Wien. Im Rathschen Krankenhause in Baden wurden im Jahre 1907 1545 Kranke aufgenommen und 2116 ambulatorisch behandelt. Die Zahl der ausgeführten größeren Operationen betrug 136.

80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln. Unter den zahlreichen schon jetzt angemeldeten Vorträgen der diesjährigen Versammlung, die vom 20.—26. September in Köln tagen wird, sind für die breitere Öffentlichkeit besonders die der allgemeinen Sitzungen von Interesse. Sie befassen sich mit Themen der verschiedensten Art. So wird Prof. Doflein, München, über Trypanosomen und ihre Beziehungen zu Tropenkrankheiten, Major v. Parseval, Berlin, über den gegenwärtigen Stand der Luftschiffahrt, Prof. Rubner, Berlin, über Kraft und Stoff im Haushalte des Lebens sprechen. Prof. Albert Heim, Zürich, ist für einen Vortrag über den Deckenbau der Alpen gewonnen worden, während Prof. Wiener, Leipzig, die Entwicklung der Farbenphotographie erläutern wird. Prof. Stadler, München, gedenkt ein Thema aus der rheinischen Geschichte der Naturforschung zu behandeln; er wird über Albertus Magnus als Naturforscher und das Kölner Autogramm seiner Tiergeschichte sprechen. Endlich wird Prof. Hassert, Köln, der sich gegenwärtig noch auf einer Forschungsreise in Kamerun befindet, über die Ergebnisse seiner dortigen Arbeiten vortragen. Schon diese wenigen Angaben lassen die Hoffnung als berechtigt erscheinen, daß die Kölner Tagung sich ihrer von fast 3000 Teilnehmern besuchten Vorgängerin in jeder Beziehung würdig anschließen wird.

Der Internationale Kongreß für Erforschung und Verhütung der Tuberkulose tagt in Washington vom 21. September bis 12. Oktober 1908. Es sind folgende Abteilungen vorgesehen: 1. Pathologie und Bakteriologie; 2. Klinische Forschungen und Tuberkulosetherapie, Sanatorien, Spitäler und Armenpolikliniken; 3. Chirurgie und Orthopädie; 4. Tuberkulose bei Kindern. Ätiologie, Verhütung und Behandlung; 5. Erscheinung der Tuberkulose vom hygienischen, gesellschaftlichen, gewerbstätigen und wirtschaftlichen Standpunkt aus; 6. Oberaufsicht der Staaten und Munizipalbehörden über die Tuberkulose; 7. die Tuberkulose bei Tieren und deren Beziehungen zum Menschen. Generalsekretär ist Dr. Henry Barton Jacobs-Baltimore.

Kleine Bibliothek Langen Band 96. F. M. Dostojewski, Die fremde Frau und der Mann unterm Bett. Umschlagzeichnung nach einer alten Vorlage. Preis 1 Mk., geb. 1·50 Mk. Verlag von Albert Langen in München. Wer Dostojewsk



nur als den psychologisch tiefschürfenden Dichter seiner großen Romane kennt, wird höchst überrascht sein, wenn er diese ungeheuer lustige Geschichte „Die fremde Frau und der Mann unterm Bett“ liest, die hier zum erstenmal in deutscher Sprache erscheint. Es ist eine Erzählung aus des großen Dichters erster Zeit, wo er noch im Banne der französischen Technik stand und ein ganz anderes Genre pflegte als späterhin, freilich schon mit großer Kraft und als Meister. Französisch ist schon der Stoff der Erzählung: Die übermütige Verulkung des Hahnreitertums; gänzlich unfranzösisch aber ist der vollkommene Mangel an Lüsternheit. Die kann neben der grotesken Gebärde dieses gigantischen, fast kannibalischen Humors gar nicht aufkommen. Ohne von dem traurigen Helden der Geschicke einmal wirklich berührt zu werden, kann man sie ungetrübt genießen. Und jedermann muß sich dabei Tränen lachen.

VI. Eingesendet.

Aufruf. An alle Ärzte Österreichs! Dr. Friedrich Janeczek hat sich als Führer im Kampfe für die Interessen der Ärzte Niederösterreichs und durch die Sammlung der Ärzte Österreichs im Reichsverbande österreichischer Ärzteorganisation als Bahnbrecher um die gesamte Ärzteschaft Österreichs dauernde Verdienste erworben. Es ist eine Pflicht des Dankes, sein Andenken zu ehren. Janeczeks Andenken soll durch die Errichtung eines einfachen Grabdenkmales mit einer entsprechenden Gedenktafel auch sichtbar erhalten bleiben. Janeczek hat eine Familie hinterlassen, der durch seinen Hingang der Erhalter genommen ist. Für seine beiden Waisen ist nicht gesorgt. Es ist eine Pflicht der Dankbarkeit für Janeczek, für seine Kinder nach Möglichkeit so lange zu sorgen, bis sie imstande sind, sich ihren Lebensunterhalt selbst zu erwerben. Wir bitten daher alle Organisationen, Ärztekammern, ärztlichen Körperschaften ärztlichen Standes- und Fachblätter, jeden einzelnen Arzt, Spenden für diese beiden Zwecke zu sammeln und an Herrn Dr. Skorscheban, Wien, VIII., Kochgasse 16 gelangen zu lassen. Es entspricht den geäußerten Absichten des Präsidiums wie der einzelnen Organisationen, daß für das schlichte Grabdenkmal nur eine geringe Summe aufgewendet, dafür der Hauptbetrag für die Waisen hinterlegt wird. Jede, auch die geringste Spende wird mit Dank angenommen und in den Standesblättern ausgewiesen.

Dr. Adolf Gruß m. p.
Dr. Skorscheban m. p. Dr. Koralewski m. p.

VII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgruppe Schwarzenau, politischer Bezirk Zwettl (Niederösterreich), bestehend aus den Gemeinden Schwarzenau, Stögersbach, Groß-Haselbach und Echsenbach mit zusammen 2863 Einwohnern auf einer Fläche von 51·13 km^2. Bisherige Subvention aus dem Landesfonds 800 K, Beiträge der Gemeinden 230 K. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Die mit dem Doktordiplome und dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung, der sittlichen Unbescholtenheit und der allfälligen bisherigen Verwendung versehenen Gesuche sind an den n.-ö. Landesausschuß zu richten und bis längstens 20. Juli l. J. an den Obmann der Sanitätsgruppe, den Bürgermeister in Schwarzenau, einzusenden.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Arzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 30. Wien, 25. Juli 1908. Nr. 30.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 12212) zu senden.

Über warme, beruhigende und aufregende Bäder *).

Von **Dr. Witte** in Kudowa.

Das Thema zu meinem heutigen Vortrage verdanke ich, wie ich vorweg bemerke, einer gütigen Aufforderung unseres Vorsitzenden, der diesen Stoff einmal auf unserem Bädertage besprochen zu sehen wünschte, obgleich er eigentlich weder medizinisch als allgemein interessierende oder die Verwaltungen angehende Seiten darbietet. Um diese letzteren wenigstens kurz anzudeuten, könnte es z. B. in Betracht kommen, ob die gebräuchlichsten Badeeinrichtungen und Anwendungsformen der Bäder ausreichen, oder ob balneotechnische Verbesserungen in Vorschlag zu bringen wären, ferner ob die bei uns üblichen Badestunden am Vormittag die richtigen, resp. allein richtigen sind, oder ob es zweckmäßig wäre, wenn auch zu anderen Zeiten, etwa abends Bäder verabfolgt würden und dergleichen. Wir wollen uns aber im folgenden nur mit der rein medizinischen Seite unserer Frage beschäftigen.

Die Beurteilung der therapeutischen Wirksamkeit spezifischer Heilbäder muß natürlich aufgebaut sein auf die Kenntnis der physiologischen Wirkung des einfachen Wasserbades und deswegen widmen auch die Lehrbücher unseres Faches diesen Verhältnissen ausführliche Besprechungen, die ich heute als bekannt voraussetze.

Meine Aufgabe würde sich sehr einfach gestalten, wenn das physiologische Paradigma sich ohne weiteres auf die Krankenbehandlung übertragen ließe. Das ist aber nicht der Fall. Die Balneologie hat vielmehr verschiedene, nur für die Therapie in Betracht kommende Regeln ausgebildet, und ich werde meinem Thema in der Weise gerecht zu werden suchen, daß ich, unter möglichster Anlehnung an die physiologischen Verhältnisse, einige dieser balneotherapeutischen Prinzipien und ihre Anwendbarkeit für die uns speziell interessierenden Zwecke hier darlege.

Fangen wir mit dem indifferenten Bade von zirka 35° C an. Es übt auf die Funktionen unseres Organismus, auf Puls, Atmung, Nervensystem usw. keinen wirklichen Einfluß aus und wird deswegen zu therapeutischen Zwecken begreiflicherweise kaum verordnet werden. Trotzdem ist aber der theoretische Indifferenzpunkt im einzelnen Falle von großer Wichtigkeit und seine richtige Schätzung halte ich sogar für eine Hauptsache bei jeder badeärztlichen Kurverordnung, weil oberhalb und unterhalb desselben ganz andere physiologische Wirkungen sich geltend machen. Ich habe soeben die Temperatur des Indifferenzpunktes zu 36° C angegeben. Bei Glax finde ich die Angabe, daß Wick durch eingehende und mühevolle Untersuchung an sich selbst das indifferente Wasserbad zu 34·8 bis 36·4° C gefunden hat, die meisten Autoren sprechen meist von 34 oder 35° C, doch hat v. Hoeßlin als Indifferenzpunkt 30 bis 32·5° C bezeichnet, was Glax allerdings entschieden zu niedrig findet. Jedenfalls sehen wir aus diesen Angaben, daß der Indifferenzpunkt des Bades schon beim Gesunden eine ziemliche Breite hat, und in noch höherem Grade ist dies der Fall beim kranken Organismus. Das ist auch ganz erklärlich, wenn man bedenkt, daß gerade der Wärmehaushalt des Körpers bei vielen, wenn nicht bei den meisten pathologischen Zuständen in mehr oder minder hohem Grade gestört ist. Selbstverständlich erscheint einem Fiebernden ein höher temperiertes Bad als gerade indifferent wie einem Gesunden, aber auch gewisse afebrile Zustände haben einen erhöhten Indifferenzpunkt, z. B. viele Basedowkranke, einzelne Anämien und jene nicht so seltenen Neurosen, die andauernd über Hitzegefühl, besonders heiße Hände klagen. Umgekehrt werden heruntergekommene elende Leute mit subnormalen Temperaturen, oder solche, deren Haut sich schon bei bloßer Berührung kalt anfühlt, ein niedriger temperiertes Bad als gerade indifferent empfinden, wie ein Gesunder.

Wenn ich thermometrische Messungen darüber in der Literatur nicht gefunden habe, so liegt das wohl daran, daß man einen Kranken bloß um des Experiments willen nicht einem Bade aussetzen wird, von dem man sich von vornherein keinen Vorteil verspricht. Entweder ein Patient braucht ein warmes Bad, dann ist ein indifferentes zwar weniger schädlich als ein kühles, aber immerhin, es bringt ihm keinen Nutzen, oder er braucht ein kühles Bad, dann wird er von einem indifferenten Bade nur einen kleineren Nachteil davon tragen, als von einem warmen. Sache und Kunst des Arztes ist es eben, im Einzelfalle das Richtige zu treffen, und damit kommen wir zu einem anderen Punkt unserer badeärztlichen Aufgabe.

Während nämlich die genaue Temperierung eines Bades für den gesunden Menschem ziemlich unwichtig ist, und die Prüfung mit dem eingetauchten Arm vollkommen ge-

*) Vortrag, gehalten am 36. Schles. Bädertag in Breslau.

nügt, weil es auf einen Grad mehr oder weniger gar nicht ankommt, ist das in der Balneotherapie anders. Für die Bäderbehandlung, insbesondere der Herz- und Nervenkranken, spielt die richtige Bewertung geringer Temperaturunterschiede eine große Rolle und oft genug wird sich nur dann eine glückliche Kur erzielen lassen, wenn man durch genaue Krankenbeobachtung in der Lage ist, fortlaufend den Erfolg bestimmter Temperaturen kontrollieren zu können.

Auch ein Badearzt muß natürlich vor allen Dingen Arzt sein. Auf diesen eigentlich selbstverständlichen Punkt komme ich nur nebenbei zu sprechen, weil aus Kollegenkreisen ab und zu Klagen vorgebracht werden, als bestünde die Haupttätigkeit der in Kurorten praktizierenden Ärzte im Reisen, und erwähne hier die Diskussion, die vor noch nicht langer Zeit von Oppenheim inauguriert, der Tagespresse als Unterhaltungsstoff gedient hat. Wenn man die verschiedenen zu dieser Frage gelieferten Beiträge liest, kann man sich zum Trost sagen, daß nicht nur für die Badeärzte, sondern auch für ihre Kritiker das Wort gilt: Duo si faciunt idem, non est idem.

Gerade kleine Temperaturunterschiede haben also in der praktischen Balneotherapie eine Wichtigkeit, von der man sich eben deswegen so schwer eine richtige Vorstellung machen kann, weil das physiologische Paradigma, die Beobachtung am eigenen gesunden Körper dabei im Stich läßt. Gewiß wirken die Quellen eines Bades nicht in der Weise, wie man wohl in Laienkreisen es sich manchmal vorstellen mag; andererseits werden die in der Bäderbehandlung zur Geltung kommenden Heilfaktoren zuweilen übermäßig skeptisch beurteilt, weil sie sich physiologisch schwer erklären lassen. Das ist zwar bei den meisten Mitteln der Pharmakopöe nicht anders, und man gibt sich zufrieden, aber von den Anwendungen der physikalischen Therapie verlangt man nun einmal eine durchsichtige und plausible Erklärung ihrer Wirkungsweise. Wir haben zweifellos in den Bädern ein Mittel in der Hand, um nicht nur auf das Allgemeinbefinden, sondern auch auf die Zirkulation und Verteilung des Blutes ganz hervorragend einzuwirken, nach bestimmten Gebieten es hinzuziehen und andere zu entlasten in einer Weise, wie wir es durch kein Medikament erzielen können. Alter, Geschlecht und Konstitution des Kranken, Widerstandsfähigkeit, Gewöhnung an kalt und warm, ja sogar die klimatischen Witterungsverhältnisse sind dabei für die spezielle Verordnung von Einfluß, daß es gar nicht möglich wäre, diese Details zu erörtern, ohne den heute zur Verfügung stehenden Raum weit zu überschreiten.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Die sozial-wirtschaftliche Organisation. — Stellenlose Ärzte. — Hilfsverein für Lungenkranke.)

Wir haben in der vorangehenden Wochenschau des sonderbaren Sendschreibens der Wiener Ärztekammer bezüglich der ärztlichen Stellenvermittlung Erwähnung getan; das Sonderbarste daran haben wir aber noch nicht erwähnt, nämlich daß es eine Stellenvermittlung, die der Organisation nämlich, ganz verschweigt, derselben Organisation, an der Spitze derselbe Mann steht, der auch das Sendschreiben unterfertigte. Weiß Dr. Gruß, der jetzige Vorsitzende der österreichischen Reichsorganisation davon nichts, daß diese eine Stellenvermittlung in Wien hat?

Wenn er davon nichts weiß, wollen wir ihm etwas davon erzählen. Vor allem steht an der Spitze dieser Stelle nicht der geeignete Mann. Nicht als ob gegen seine Person das Allergeringste einzuwenden wäre; aber er ist als Besitzer einer Heilanstalt selbst Mitglied jenes Kartells der Sanatorien; seine erste Frage daher lautet immer, ob man schon in einem Sanatorium Stellung hatte. Wenn wir auch nicht so

Feuilleton.

Ein halbes Jahrhundert Iridektomie.

(Ein Gedenkblatt.)

Von **Prof. S. Klein (Bäringer).**

In der zweiten Hälfte des Jahres 1857 — genau läßt sich der Zeitpunkt jetzt nicht mehr feststellen — erschien in v. Graefes Archiv für Ophthalmologie seine Abhandlung: „Über die Iridektomie bei Glaukom und über den glaukomatösen Prozeß“.

Es sind daher jetzt etwas über 50 Jahre geworden, daß v. Graefe der staunenden Welt seinen Fund von der Heilbarkeit des Glaukoms und von dem Mittel hiezu in allgemein zugänglicher Weise bekannt gab.

Freilich die ersten Nachrichten über das große Ereignis in der wissenschaftlichen Heilkunde drangen schon früher über die Arbeitsstätte v. Graefe hinaus zu den Ärzten; wie ein Lauffeuer verbreitete sich die Kunde nach allen Richtungen und wiewohl v. Graefe schon im Jahre 1856 die ersten Versuche gemacht und schon die ersten Glaukomfälle durch Iridektomie operiert hatte, so kann man doch mit ziemlicher Genauigkeit das erste Drittel des Jahres 1857 als das Geburtsdatum der Glaukom-Iridektomie ansehen, als jenen Zeitpunkt, welcher die Neuerung als ein bereits fest fundiertes Faktum begrüßen durfte, während das historische Datum, d. h. jenes, welches dem Ereignis als bereits allgemein bekannter Tatsache aufgedrückt werden soll, wohl am zutreffendsten in das letzte Drittel jenes Jahres zu verlegen ist. Wiewohl nun heute bereits fast ein Jahr mehr als ein halbes Hundert seitdem verstrichen ist, so ist es aber denoch nicht zu spät und nicht unberechtigt, auch jetzt noch die Fünfzigjahrwende des großen Geschehnisses zu feiern.

Welch eine neue Periode mit dieser Entdeckung der Heilbarkeit des Glaukoms damals inauguriert wurde, das kann wohl die gegenwärtige Generation nur schwer sich vorstellen. Das Glaukom war die unheilbarste und die gefürchtetste aller Krankheiten, ein noli me tangere. Wurde in einem Falle die Diagnose Glaukom gestellt, so war damit das Todesurteil über das Auge gesprochen. Und dabei ist doch die Krankheit eine so außerordentlich häufige, und dadurch erfährt das mit ihr verbundene Schrecknis eine so gewaltige Steigerung.

Und nun kommt die Heilsbotschaft und kommen ihr auf dem Fuße folgend die zahlreichen und sich häufenden Fälle von wirklichen Heilungen. Es war eine förmliche Umwälzung in glücklichem Sinne. Eine der vielen Bereicherungen der Wissenschaft und sicherlich auch die bedeutendste unter den zahlreichen Neuerungen, die die Menschheit dem Genie Albrecht v. Graefes verdankt.

Man kannte die Krankheit schon in den ältesten Zeiten und man fürchtete sie auch. Denn das Schicksal jener Augen, die von ihr befallen wurden, war besiegelt, es war unheilbare Blindheit.

Was da in dem so erkrankten Auge eigentlich vorgeht, ehe es zum düstern Ausgange kommt und was nachher noch mit ihm geschieht, das hat man in dem halben Jahrhunderte, welchem diese Zeilen gelten, in den Einzelheiten so ziemlich erforscht und dennoch hat selbst die fortgeschrittene Wissenschaft der neuesten Zeit noch lange nicht volle Klarheit über das eigentliche Wesen dieses Übels gebracht.

Die Ärzte des Altertums hatten eine nur ganz wirre Vorstellung vom Glaukom und warfen es vielfach mit dem grauen Stare zusammen, von welchem es grundverschieden ist. Hypochyma, Cataracta, Glaucoma sind Benennungen, welche auf die verschiedensten Krankheitsbilder angewendet und in mannigfachstem Sinne in den alten Schriften gebraucht vorgefunden werden.

Und so blieb es auch das ganze Mittelalter hindurch. Wiewohl es unter den Ärzten des Mittelalters eine Reihe ganz ausgezeichneter, heller Köpfe gab, bahnten sie, wenigstens in dieser Richtung, gar keinen Fortschritt an. Erkennung und Behandlung der Krankheit blieben trostlos. Auch die Neuzeit bis



naiv sind, anzunehmen, daß er allein das Kartell brechen könnte, so sollte die Organisation aus diesem Grunde dafür sorgen, daß jemand anderer die Angelegenheit übernimmt; denn dafür, die p. t. Sanatorien stets mit neuem Kanonenfutter zu versehen, brauchen wir Ärzte uns doch wirklich nicht zu begeistern. (Bei dieser Gelegenheit, was sagt denn die sozialärztliche Organisation zu dem Kartell der Sanatorien?!)

So sind wir zu dem Kapitel der sozialärztlichen Organisation überhaupt gekommen. Die Herren der Leitung brauchen nicht zu fürchten, daß wir die Sonde von innen anlegen werden. Wir werden nicht fragen, wieso an der Spitze der Organisation jemand stehen darf, der sein Bestes zur Zerklüftung der Ärzteschaft in politische Parteien beigetragen hat und mit dazu geholfen hat, daß einer Hälfte der Kollegen der Kampf um die Existenz doppelt so schwer als der anderen Hälfte gemacht wurde — nein, wir fragen nur, was hat die Wiener Organisation bisher geleistet?

Wir haben ihr eine Anstandsfrist für ihre Tätigkeit gelassen, jetzt aber sind wir berechtigt, ja verpflichtet, diese Frage zu stellen.

Leider muß die Antwort auf diese Frage sehr ungünstig ausfallen. Doch darüber das nächstemal.

In einer unverstandenen Auffassung unserer letzten Anregung — es sei denn, daß das Unverständnis Eigenbau ist — versuchte die Ärztekammer in einer ihrer letzten Sitzung neue Stellen für Ärzte zu schaffen. Man bekommt den Eindruck, daß der Antragsteller den Ärzten, die nach Brot schreien, zuruft: Warum eßt ihr nicht Kuchen!

Die Ärzte, die die ärztliche Reservearme bilden, werden weder in der sozialpolitischen Sektion des Handelsministeriums noch als Gewerbeinspektoren Anstellung finden. Und um diese Ärzte handelt es sich.

Es ist gewiß sehr lobenswert, wenn einige Ärzte aus einer erträglichen zu einer angenehmeren Lebensstellung aufsteigen. Aber viel wichtiger und des Schweißes der Edlen wert ist es, der großen Masse der beschäftigungslosen Ärzte eine Beschäftigung zu schaffen. Wer sich noch nicht zu dieser Erkenntnis aufgeschwungen hat, versteht die sozialärztliche Frage hierzulande überhaupt nicht.

Vor kurzem fand unter zahlreicher Beteiligung die Generalversammlung des Hilfsvereines für Lungenkranke „Viribus unitis“ statt. Der Präsident hielt dem Vizepräsidenten des Vereines Dr. Anton Loew einen Nachruf und berichtet hierauf über die wichtigsten Ereignisse des Jahres 1907. Der Hilfsverein besteht jetzt aus 32 großen Korporationen, darunter die Landeshilfsvereine Böhmen, Mähren, Galizien, Krain, Schlesien mit 190 affiliierten Vereinen. Zur Fundierung der Tuberkulosebekämpfung hat der Staat bereits 2 Millionen gewidmet, deren Zinsen verteilt werden. Die Vereinsleitung hat nun eine Petition an den Finanzminister um Zuwendung weiterer 2 Millionen Kronen gerichtet. Im vergangenen Jahre wurde das Kinderheim durch ein zweites Haus vergrößert, dessen Kosten sich auf K 98.000 belaufen. Die Vereinspflege erstreckt sich auf 541 Personen, im Kinderheim befanden sich 72 Kinder. Die Gesamtauslagen betrugen K 82.190, die ordentlichen Einnahmen K 45.798. Das Programm des Vereines, das für die nächste Zukunft aufgestellt wurde, umfaßt: 1. Die Errichtung von Hilfsstellen in den ärmsten Bezirken Wiens. Es haben sich opferwillige Ärzte gefunden, welche den vom Bezirks- und Armenarzt zugewiesenen Kranken ärztlichen Rat geben, sie belehren und auch nach Möglichkeit trachten, die Kranken mit Wäsche, Desinfektionsmitteln und allem sonst Nötigen zu versorgen oder sie in Spitälern und Anstalten unterzubringen. 2. Die Eröffnung einer Tageserholungsstätte im Anschluß an das Kinderheim im Juli d. J. Erfahrungsgemäß werden nämlich in Tageserholungsstätten bei den Anfangsformen der Tuberkulose ganz dieselben günstigen Resultate erzielt, wie in den so kostspieligen Heilanstalten. 3. Die Errichtung einer landwirtschaftlichen Kolonie noch im laufenden

---

fast zur Mitte des neunzehnten Jahrhundertes blieb — trotz zweier Geistesriesen, Josef Beer in Wien und William Mackenzie in London, jener zum Schlusse des achtzehnten und zu Beginn des neunzehnten Jahrhundertes, dieser einige Dezennien später lebend und wirkend — ziemlich steril. Mackenzie zwar bewegte sich mit seinen Gedanken in Bahnen, welche denen der bald nach ihm folgenden Reformern ziemlich nahe kamen, aber sie wirkten wenig befruchtend, blieben auch fast vergessen. Bloß ein einziger Kopf bemächtigte sich ihrer und gestaltete sie aus. Dieser Kopf gehörte Albrecht v. Graefe, jenem Manne, den man zu den größten Wohltätern der Menschheit zählen muß.

Was v. Graefe in der wissenschaftlichen Literatur vorfand, war eigentlich sehr wenig; und hätte ihm nicht sein glänzender Genius geholfen, so wären auch seine Bemühungen, auf die Leistungen seiner Vorgänger allein angewiesen, wenig erfolgreich geblieben. So aber konnte er aus dem bunten Erzgemenge das reine Gold darstellen in Gestalt einer Tat, die für ewige Zeiten leuchtet und ihrem Urheber die Unsterblichkeit sichert.

Ein glücklicher Zufall fügte es, daß kurz vor der Zeit, da v. Graefe zu wirken begann, Helmholtz den Augenspiegel erfand, mit dessen Hilfe Eduard v. Jaeger in Wien sofort gewisse Erscheinungen in von Glaukom befallenen Augen entdeckte[1]) und daß gleichzeitig einer der größten Anatomieforscher, Heinrich Müller in Würzburg, durch Zergliederung glaukomkranker Augen auch die auffallendsten Veränderungen (Grubenbildung) feststellte, die diese Augen erleiden und die mit den von v. Jaeger beschriebenen Bildern sich decken konnten.

Auf Grund dieser Tatsachen, zusammengehalten mit seinen eigenen, bereits sehr reichen Erfahrungen und Beobachtungen konstruierte sich v. Graefe einen Gedankengang, wie man sagt, eine Theorie, über das Wesen des Glaukoms und auf Grund dieser Ideen nach Heilmitteln für dieses Leiden suchend, welche in ihrer Wirkung dem Wesen jener Theorie Rechnung tragen sollten, gelangte er in der Tat dazu, ein operatives Verfahren zu ersinnen, welches er vielfach erprobte und ihm endlich das bedeutete, was Archimedes mit seinem „Heureka“ ausdrücken wollte. Er hat das Gesuchte gefunden.

Dieses Operationsverfahren ist unter dem technischen Ausdrucke „Iridektomie“ den Fachmännern bekannt und geläufig. Es besteht in dem Ausschneiden eines Stückes der Regenbogenhaut.

v. Graefes Theorie lautet: Das Glaukom ist eine eigenartige Entzündung der Chorioidea, eine Chorioiditis besonderer Art, bei welcher es zu einer Exsudation und zu Vermehrung des flüssigen Augapfelinhaltes und dadurch zur Erhöhung des intraokulären Druckes und in deren Folge zu Sehnervenaushöhlung kommt. Das Mittel zur wirksamen Bekämpfung dieser Entzündung muß auch die Sehnervenveränderung dadurch verhindern, daß es die Exsudation und dadurch die Vermehrung des intraokulären Druckes, der Ursache der Sehnervenexkavation, beseitigt.

Hier muß zweierlei eingeschaltet werden: 1. Wenn gesagt wurde, daß v. Graefe sich ein Verfahren ersonnen habe, so ist das nicht ganz buchstäblich genau zu nehmen. Was er ersann, war nur die Anwendung dieser Operation beim Glaukom. Die Operationsmethode selber als solche war keineswegs neu. Sie war den Fachgenossen seit vielen Jahrzehnten wohlbekannt und von ihnen fleißig geübt worden, aber von ganz anderen Gesichtspunkten, zu ganz anderen Zwecken und bei ganz anderen Krankheitszuständen.

Die bis zu v. Graefes Zeit geübte Iridektomie hatte nur die Bedeutung und die Aufgabe einer künstlichen Pupillenbildung. Wenn die Pupille, durch welche doch die Lichtstrahlen ins Augeninnere fallen, um zur Netzhaut zu gelangen, durch irgend welche krankhafte Vorgänge verschlossen oder verstellt und für Lichtstrahlen undurchgängig geworden ist,

[1]) Es dies jene Veränderung des Sehnerven, welche v. Jaeger und mit und nach ihm alle anderen als Hervorwölbung gedeutet hatten und welche erst später als Aushöhlung (Exkavation) erkannt wurde.

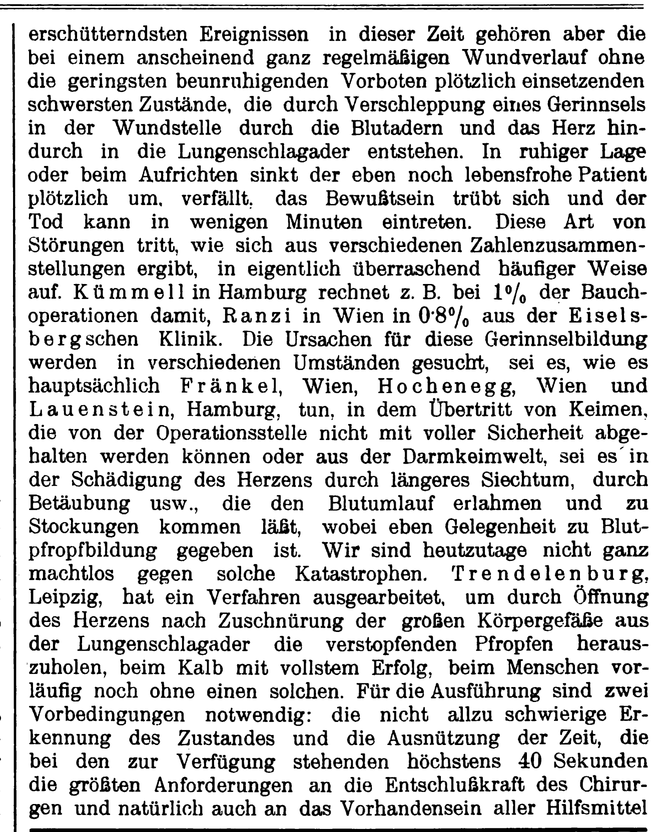


Jahre. In dieser Kolonie soll jugendlichen Wesen, welche in der Stadt in luftleeren, engen Werkstätten als sichere Beute der Tuberkulose dahinsiechen würden, die Möglichkeit der Heranbildung zu tüchtigen, gesunden Garten- und Landarbeitern geboten werden.

Der 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie trat am 21. April im Langenbeckhause, ihrem Heim, zu ihrer 37. Tagung unter dem Vorsitz des Wiener Chirurgen Frhrn. v. Eiselsberg zusammen. Die ersten Worte seiner Eröffnungsrede galten nach altem Brauch dem ehrenden Gedenken der im letzten Jahr dahingegangenen Mitglieder der Gesellschaft, bei welchen der Tod unter Männern mit Namen von gutem Klang reiche Ernte gehalten hat. Mit besonders ausdrucksvoller Wärme zeichnet der Redner noch einmal das Bild eines der ersten Führer der heutigen Chirurgenwelt, Friedrich v. Esmarch, der mit vorschauendem Geist schon früh manche Lehre ausgesprochen hat, die erst viel später nach genauer Begründung durch die wissenschaftliche Forschung zu allgemeiner Annahme durchgedrungen sind. Der Vorsitzende hat diesmal Abstand genommen von der besonders bei den Franzosen beliebten Aufstellung vorher bestimmter Hauptverhandlungsgegenstände. Durch die Freigabe der Vortragsanmeldungen ist die Tagesordnung abwechslungsreicher und spiegelt mehr das Arbeitsgebiet der einzelnen wieder.

Die ersten Vorträge befassen sich mit gewissen Folgezuständen nach Operationen, insbesondere mit Vorgängen, die sich in den Blutbahnen der Operierten abspielen und das Befinden und Leben in verhängnisvoller Weise beeinflussen können. Die Beteiligung der Lunge wird besonders oft nach Bauchschnitten häufig beobachtet. Zu den


erschütterndsten Ereignissen in dieser Zeit gehören aber die bei einem anscheinend ganz regelmäßigen Wundverlauf ohne die geringsten beunruhigenden Vorboten plötzlich einsetzenden schwersten Zustände, die durch Verschleppung eines Gerinnsels in der Wundstelle durch die Blutadern und das Herz hindurch in die Lungenschlagader entstehen. In ruhiger Lage oder beim Aufrichten sinkt der eben noch lebensfrohe Patient plötzlich um, verfällt, das Bewußtsein trübt sich und der Tod kann in wenigen Minuten eintreten. Diese Art von Störungen tritt, wie sich aus verschiedenen Zahlenzusammenstellungen ergibt, in eigentlich überraschend häufiger Weise auf. Kümmell in Hamburg rechnet z. B. bei 1% der Bauchoperationen damit, Ranzi in Wien in 0·8% aus der Eiselsbergschen Klinik. Die Ursachen für diese Gerinnselbildung werden in verschiedenen Umständen gesucht, sei es, wie es hauptsächlich Fränkel, Wien, Hochenegg, Wien und Lauenstein, Hamburg, tun, in dem Übertritt von Keimen, die von der Operationsstelle nicht mit voller Sicherheit abgehalten werden können oder aus der Darmkeimwelt, sei es in der Schädigung des Herzens durch längeres Siechtum, durch Betäubung usw., die den Blutumlauf erlahmen und zu Stockungen kommen läßt, wobei eben Gelegenheit zu Blutpfropfbildung gegeben ist. Wir sind heutzutage nicht ganz machtlos gegen solche Katastrophen. Trendelenburg, Leipzig, hat ein Verfahren ausgearbeitet, um durch Öffnung des Herzens nach Zuschnürung der großen Körpergefäße aus der Lungenschlagader die verstopfenden Pfropfen herauszuholen, beim Kalb mit vollstem Erfolg, beim Menschen vorläufig noch ohne einen solchen. Für die Ausführung sind zwei Vorbedingungen notwendig: die nicht allzu schwierige Erkennung des Zustandes und die Ausnützung der Zeit, die bei den zur Verfügung stehenden höchstens 40 Sekunden die größten Anforderungen an die Entschlußkraft des Chirurgen und natürlich auch an das Vorhandensein aller Hilfsmittel

---

so ist das eine solche Pupille besitzende Auge blind. Diese Blindheit ist aber heilbar. Man muß nur ein anderes Loch in der Regenbogenhaut erzeugen, welches den Lichtstrahlen als Weg dient, so wie es die normale Pupille dieses Auges vorher tat. Durch Ausschneiden eines Irisstückes wird dieser Zweck erreicht (optische Iridektomie). Der Ursprung dieser Operationsart findet sich in den letzten drei Dezennien des achtzehnten Jahrhundertes; die Technik des Verfahrens war aber ziemlich roh und unvollkommen, bis Josef Beer[2]) ihm eine Ausbildung gab, wodurch es fast genau die technische Vollendung erhielt, mit welcher es heutzutage geübt wird[3]). Da man schon vor v. Graefe die Pupillenbildung angezeigt hielt bei aus entzündlichen Erkrankungen hervorgehenden Verschließungen der Pupille, so folgerte man, daß die Operation, wiewohl sie eigentlich nur einem rein optisch-physikalischen Bedürfnisse entsprach, neben diesem mechanischen Effekte auch einen entzündungswidrigen Einfluß übe, und namentlich v. Graefe selber schrieb ihr im hohen Grade die Kraft zu, auf Entzündungszustände und deren Folgen mächtig heilend zu wirken. Da nun v. Graefe auch im Glaukom eine Art von Entzündung erblickte, freilich eine ganz besondere Gattung von Entzündung, so lag es ihm nahe, die Iridektomie auch zur Bekämpfung des Glaukoms zu versuchen. Er tat es und fand die Operation überraschend erfolgreich. Dies wäre in roher Skizze die Geschichte von v. Graefes Entdeckung.

2. Wiewohl nach dem soeben Mitgeteilten v. Graefe auf Grund logischer Überlegung dazu gelangte, die Iridektomie als Heilmittel des Glaukoms zu versuchen, so wäre es dennoch verfehlt, sie als ein sogenanntes rationelles Mittel zu betrachten, d. h. als ein Mittel, welches in seiner Wirkung vollkommen durchsichtig, sich genau den krankhaften Veränderungen, die die Organe beim Glaukom erleiden, anpaßt, ein Mittel, welches diese Veränderungen aufhebt und zur Wiederherstellung des Normalen führt und zwar auf einem Wege, der klar vor unserem geistigen Auge liegt. Wäre das so, so müßten wir ganz genau und bis ins Einzelne sicher wissen, wieso die Iridektomie ein glaukomkrankes Auge wieder gesund macht. Das ist nun keineswegs der Fall. Die Iridektomie als Heilmittel des Glaukoms ist und bleibt — vorläufig noch und vielleicht noch für lange Zeit — ein sogenanntes empirisches Mittel, d. h. eines, welches erfahrungsmäßig heilend auf glaukomkranke Augen wirkt und welches auf Grund roher Erfahrung ohne Einsicht in den inneren Zusammenhang gefunden und erkannt wurde.

Die Zeitgenossen und Nachfolger v. Graefes bemühten sich zwar vielfach und emsig, die Wirkungsweise der Iridektomie bei Glaukom zu erklären, aber alle Erklärungsversuche tragen das Merkmal des Erzwungenen und befriedigen keineswegs. Natürlich. Denn um die Wirkungsweise des Verfahrens zu verstehen, müßte man doch vorerst eine klare Anschauung über das Wesen der Krankheit selber besitzen. Von diesem Ziel ist man noch ziemlich weit entfernt. v. Graefe selbst machte eigentlich gar keinen Erklärungsversuch. Er sagte bloß, daß durch die Operation das — nach ihm — wichtigste Symptom der Krankheit, die Steigerung des Binnendruckes des Auges, beseitigt und damit alle sonstigen krankhaften Erscheinungen zum Schwinden gebracht werden. Wieso sie das tue, das zu erforschen, überließ er notgedrungen den Epigonen, denen es aber bisher nicht gelang. Wäre er nicht eines vorzeitigen Todes gestorben, vielleicht wäre sein Genius auch hier Pfadfinder gewesen. Und so macht man nach wie vor, fast schon schablonenhaft bei jedem Glaukom die Iridektomie; es ist wie ein Dogma — man weiß nichts Besseres und man erreicht damit den Zweck.

Erreicht man ihn wirklich? Heilt die Operation wirklich das Glaukom? Hat sich in den fünfzig Jahren der Iridektomieperiode alles bewährt, was man erwarten und erhoffen durfte? Hielt die Operation das, was sie versprach? Antwort: Ja und Nein.

(Schluß folgt.)

[2]) Der chronologisch erste ordentliche Professor der Augenheilkunde an der Wiener Universität und in der Welt überhaupt.

[3]) Siehe hierüber Artikel „Iridektomie" von S. Klein in Eulenburgs Real-Enzykl. d. med. Wiss. 1. und 2. Aufl.



stellt. Einen anderen Weg, diese bösen Folgen hintanzuhalten, beschreitet Kümmell, Hamburg, der glaubt, durch frühes Aufstehenlassen des Patienten nach dem Bauchschnitt sowohl die Beteiligung der Lunge als auch das Erlahmen des Blutumlaufs und mit ihm die Blutpfropfbildung verhindern zu können, ein Vorgehen, das namentlich bei den Frauenärzten früher schon Anklang gefunden hatte. Auch Kümmell ist von seinen jetzigen Erfahrungen mit dem Aufstehenlassen, womöglich schon am nächsten Tage nach der Operation, sehr befriedigt, ebenso wie seine Patienten, die sich dabei sehr wohl fühlen. Die Erholung findet auffällig rascher statt, die Darmtätigkeit wird reger und auch die Bauchschnittnarbe soll kräftiger werden. Natürlich gehört dazu ein vollkommen glatter Operations- und Wundverlauf. In der Erörterung über diese Vorträge kamen immerhin noch manche Bedenken von Rehn, Frankfurt, Ranzi, Wien, Borelius, Lund, Gebele, München, Henle, Dortmund, Körte, Berlin, v. Eiselsberg, Wien, zur Geltung. Im besten Falle findet man keine wesenlichen Vorzüge gegenüber den früheren Verfahren. Vor allem wird die Forderung aufgestellt, das Verfahren nicht grundsätzlich und wahllos auszuführen, sondern sich ganz nach den Verhältnissen des einzelnen Falles zu richten, wie man es bei alten Leuten ja schon immer gemacht habe. Von Wichtigkeit ist auch die Vorbereitung des Herzens vor der Operation, wie es auf der Eiselsbergschen Klinik bei den dort häufig beobachteten Herzfleischentartungen geschieht oder während der Operation, wie Löbker, Bochum und Meinertz, Dresden, es durch Überwachen des Kreislaufs, Wasserzufuhr usw. bei Eindickung des Blutes tut. Auf gewisse örtliche Gewebsanlagen zur Entstehung der Pfropfbildung macht Müller, Rostock und Krönlein, Zürich, aufmerksam. Bei der Ausführung der Trendelenburgschen Operation dürfte aber die Frage, wo der Blutpfropf steckt, wie Körte, Berlin, ausführt, häufig Schwierigkeiten machen. (Forts. folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Über die Grundlagen der hygienischen Wasserbegutachtung sprach A. Schattenfroh, Wien:

Kaum irgendwo ist der Meinungsstreit über die Nützlichkeit und Notwendigkeit der einen oder anderen Forschungsrichtung mit solcher Heftigkeit zutage getreten und mit soviel Aufwand an Dialektik verfochten worden wie auf dem Gebiete der Beurteilung der Wasserversorgung. In der Tat stoßen hier so viele Interessensphären zusammen, daß es begreiflich erscheint, wenn die Klärung des Streitfalles bis heute nicht vollkommen gelungen ist. Hydrologen, Geologen, Chemiker, Wassertechniker und Hygieniker beanspruchen Sitz und Stimme im Rate und haben nicht immer in Frieden nebeneinander getagt. Bei der wechselnden Gruppierung der Mächte war in der Regel der hygienische Sachverständige isoliert und wie in der letzteren Zeit, von seinen Gegnern hart bedrängt. Noch ist der Kampf, der anläßlich des ominösen Gelsenkirchener Prozesses in allen Lagern entbrannte und mit seltener Heftigkeit die Gemüter erregte, in frischer Erinnerung, noch ist die Streitaxt nicht begraben, noch bluten die im Kampfe geholten Wunden. Wenn ich heute die Ehre habe, zum Kongresse über die Grundlagen der hygienischen Wasserbegutachtung zu sprechen, so war hiefür in erster Linie der Wunsch maßgebend, in bescheidenen Grenzen zu einer Versöhnung der Gegensätze beitragen zu können. Und eine solche scheint mir gerade auf unserem Gebiete, wo nicht müßiger Gelehrtenstreit in Rede steht, sondern Interessen zu entscheiden sind, die vielfach das Leben und die Gesundheit des Menschen berühren, von der allergrößten Bedeutung. Ich kann mich um so eher dieser Aufgabe unterziehen, als ich keineswegs der radikalen Auffassung zuneige und keineswegs bemüht bin, den Schutzrayon für die hygienische Machtsphäre möglichst weit abzustecken. Immerhin kann es auch für mich keinem Zweifel unterliegen, daß, insoferne es sich nicht etwa um Industrie- oder Spülwasser oder sonstiges Nutzwasser ohne direkte gesundheitliche Beziehungen handelt, der Hygieniker das erste Wort hat. Je mehr er zu sagen weiß und je besser begründet seine Vorschläge sind, desto eher wird er freiwillig Gehör finden, desto eher wird man aber auch in der Lage sein, auf der Durchführung seiner Forderungen mit allem Nachdrucke zu bestehen. Die Mißachtung des spezialhygienischen Standpunktes in der Wasserfrage beruht gewiß in erster Linie auf der Unkenntnis der spezialhygienischen Fragestellung, die so oft in Fachkreisen zu Mißverständnissen und irrtümlichen Deutungen hygienischer Postulate geführt hat. Wird uns dies wundernehmen, wenn wir sehen, daß vielfach auch dort, wo ein Verständnis für den Wert und für die Erfolge der hygienischen Bestrebungen vorausgesetzt werden könnte, Mißtrauen und Zaghaftigkeit herrschen und nicht selten selbst von berufener Seite Urteile verlauten, die die Spezialisierung der hygienischen Disziplin als überflüssig hinstellen oder doch wenigstens eine solche Deutung gestatten?

Hygienische Begutachtung deckt sich im Begriffe nicht mit ärztlicher Sachverständigentätigkeit im allgemeinen. Sch. erwähnt dies ausdrücklich, weil man nicht selten der Auffassung begegnet, wie wenn die normale hygienische Vorbildung des Arztes diesen zur Beurteilung der einschlägigen Verhältnisse befähigte.

Die Gesichtspunkte, die bei der hygienischen Wasserbegutachtung in Betracht zu ziehen sind, sind recht mannigfache und in ihrer Art gerade wieder ein Beleg für die Kompliziertheit der zu lösenden Aufgabe. Zwar sind die Kardinalfragen: Ist das Wasser effektiv oder voraussichtlich gesundheitsschädlich? oder: Wie kann ein in gesundheitlicher Hinsicht einwandfreies Wasser beschafft werden? immer dieselben, die Wege, um zur richtigen Antwort zu gelangen, sind aber recht verschiedenartig und oft auch recht verschlungen und auch die Mittel, die Methoden, die wir aus unserer Rüstkammer hervorholen, können wenigstens in ihrer feineren Anwendungsweise und hinsichtlich ihrer Deutung keineswegs als einfach und einheitlich gelten, sondern müssen der besonderen Fragestellung des einzelnen Falles jedesmal angepaßt werden.

Daß durch Wasser Gesundheitsstörungen bewirkt werden können, ist durch die tägliche Erfahrung, durch den Instinkt des Volkes wie durch kritische wissenschaftliche Beobachtung in zahlreichen Fällen erkannt und erwiesen worden. Weitaus die größte Bedeutung unter ihnen beansprucht die Übertragung von durch tierische oder pflanzliche Kleinlebewesen hervorgerufenen Erkrankungen, während die Schädigung durch Gifte nur in besonderen Fällen in Betracht zu ziehen ist. Es scheint, daß, wenngleich gelegentlich von der gelungenen Isolierung eines Ptomains in Wasser von verdächtiger Provenienz berichtet wird, doch auch die überwiegende Mehrzahl dieser durch den Genuß von Wasser angeblich bedingten Alkaloidvergiftungen echte Infektionen darstellt.

Praktisch kommt von Vergiftungen wohl nur die nicht selten beobachtete Aufnahme von Blei aus den Wasserleitungsrohren in Betracht, deren Bedingungen jedoch bisher noch nicht vollständig erkannt sind. Wir wissen nur mit Sicherheit, daß weiche Wässer und solche, die salpetersaure Salze enthalten, zur Bleiaufnahme neigen, während die Rolle der freien Kohlensäure und der übrigen im Wasser gelösten Salze ebenso wie der Einfluß der periodischen Füllung und Lüftung der Rohre einer weiteren Aufklärung bedürfen. Versuche im großen Maßstabe, die über die gewöhnliche Laboratoriumstechnik hinaus unter möglichst natürlichen Bedingungen angestellt werden sollten, täten hier dringend not.

Was die durch das Wasser zustande kommenden Infektionen betrifft, so stehen für Cholera asiatica, Typhus abdominalis, Weilsche Krankheit, vielleicht auch für einige Entozoenerkrankungen (Anchylostomum duodenale) gut gestützte Beobachtungen in hinreichender Anzahl zu Gebote, so daß die Übertragung dieser Krankheitsformen durch das Wasser als gesichert gelten darf. Weniger klar ist der ursächliche Zusammenhang in jenen Fällen zu erkennen, wenn mehr oder weniger hochgradige Verdauungsstörungen (Cholera nostras,



Darmkatarrh) oder Blasenerkrankungen auf den Genuß infizierten Wassers zurückgeführt werden. Bisher liegen recht wenige kritische Untersuchungen über diese Kasuistik vor und auch im Interesse eines genaueren Studiums der Biologie des Typhusbazillus und des Bacterium coli commune wäre die Ausfüllung dieser Lücke erwünscht.

Es ist befremdlich, daß in der letzteren Zeit von einigen Seiten die Bedeutung des Wassers als Überträger von Infektionskrankheiten in Abrede gestellt wurde, trotz der apodiktischen Beweiskraft einer erdrückenden Fülle von gut fundierten Beobachtungen. Der Schwerpunkt dieser Behauptungen liegt nicht so sehr in dem gelungenen oder mißlungenen epidemiologischen Nachweise, daß in einem bestimmten einzelnen Falle — entgegen der Anschauung der meisten Sachverständigen — die Typhusepidemie nicht durch Infektion der Wasserversorgung zustande kam, als in dem Leugnen der Wahrscheinlichkeit, ja der Möglichkeit überhaupt, daß das Wasser geeignet sei, Infektionen zu übertragen und Epidemien hervorzurufen. Emmerich sucht die Ursache für die seiner Meinung nach epidemiologisch erwiesene Unschädlichkeit infizierten Wassers in der Rolle der im Wasser häufig vorfindlichen Protozoen, die durch ihre Freßtätigkeit die in das Wasser eingedrungenen (oder absichtlich im Versuche eingebrachten) Typhuskeime in kürzester Zeit vernichten. Biologisch interessant ist die Erscheinung, das steht fest, besonders da der Vergleich mit der als Phagozytose bekannten Funktion der weißen Blutkörperchen für die Deutung des Vorganges im Sinne einer Abwehr zu sprechen scheint. Es bestehen derzeit aber sicher noch gewichtige Bedenken gegen die Annahme einer so weittragenden Bedeutung des Flagellatenbefundes. Einmal scheinen die quantitativen Verhältnisse, wie aus Nachuntersuchungen jüngeren Datums hervorgeht, auch im Experimente eine große Rolle zu spielen, indem sich zeigte, daß ein großer Teil der Typhusbazillen durch eine Reihe von Tagen, ja selbst von Wochen der Vernichtung durch Flagellaten entgehen kann, dann aber muß doch erwogen werden, daß sich Flagellaten keineswegs regelmäßig in den natürlichen Wässern finden. In der Regel deuten sie, wie namentlich aus dem Studium der Selbstreinigung der Flüsse hervorgeht, auf dem Wasser beigemengte Schmutzstoffe oder auf Verwahrlosung der Wasserentnahmestelle. Reine Wässer, solche, die in gut konstruierten Anlagen gesammelt werden, sind in der Regel frei von Protozoen. Ich kenne eine ganze Reihe von Infektionen von Quellen durch oberflächliche Zuflüsse bei zerklüftetem Gestein im Einzugsgebiete, ohne daß Protozoen im Wasser nachweisbar gewesen wären. Eine weitere, dem Wasseranalytiker sehr geläufige Erfahrung scheint Sch. mit der Emmerichschen Vorstellung gleichfalls nicht recht im Einklange zu stehen. Im verwahrlosten Kesselbrunnen, dort, wo wir Flagellaten oft in großer Menge antreffen, ist auch der Bakteriengehalt ein hoher, auch in verschlammten Brunnstuben und Reservoiren finden wir häufig neben Protozoen eine reichliche Bakterienvegetation. Sollen wir nun annehmen, daß gerade die eingebrachten Typhusbazillen durch die Freßtätigkeit der Flagellaten zu leiden haben, die übrigen harmlosen Wasserbakterien hingegen widerstehen? Soll hier eine selektive Auswahl getroffen werden, die noch viel weiter ginge, als jene, die wir von der Phagozytose der weißen Blutkörperchen her kennen, oder kann als genügender Erklärungsgrund gelten, daß die Vermehrung der Wasserbakterien ihre Dezimierung durch die Protozoen überkompensiert? Müßten dann aber nicht gerade die von Protozoen freien Wässer reicher an Bakterien sein als die verschmutzten? (Forts. folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über den Begriff der Neurasthenie. Von Privatdozent Dr. Robert Bing.

Mag auch das Heer von funktionellen Störungen, das Beard unter der Bezeichnung Neurasthenie zusammenfaßte, und von den anderen Neurosen differenzierte, eine unendliche Mannigfaltigkeit von klinischen Bildern darstellen, in allen diesen Fällen hat der amerikanische Autor das Kriterium der im Ablauf der Nervenfunktion zum Ausdruck kommenden reizbaren Schwäche als das Wesentliche herauszufühlen gewußt. Denn nur die klare Erkenntnis dieser gemeinsamen physiopathologischen Grundlage konnte es rechtfertigen, einen Patienten mit leichten Klagen über Kopfdruck und Schwindel, einen hartnäckig Schlaflosen, einen, dessen Krankheitsbild von nervösen Herz- oder Verdauungsbeschwerden beherrscht wird, einen über Störungen sexueller Natur Klagenden, einen von schweren psychischen Angst- und Zwangszuständen Gepeinigten — alle diese Kranken als die Opfer derselben Affektion, einer symptomatologisch bunten, aber nosologisch einheitlichen Neurose zu bezeichnen und auch diese Neurose von ihren gleichfalls vielgestaltigen Schwestern, vor allem von der Hysterie und Hypochondrie, zu sondern.

Die Neurasthenie im Sinne Beards ist aber nicht mehr als Krankheit, sondern als Krankheitsgruppe anzuerkennen. Oder (um bei dem Beardschen Bilde zu bleiben) er hat das Reich der Neurasthenie von denjenigen der Nachbarneurosen abgegrenzt; die spätere Forschung hat aber erwiesen, daß dieses Reich aus verschiedenen Provinzen besteht, deren weitgehende Autonomie eine geordnete Würdigung rechtfertigt. An Stelle der Beardschen Neurasthenie müssen wir heute etwas anderes setzen: man spricht von Neurasthenien oder von den neurastheniformen Zuständen. Am besten dürfte es sein, von einer „asthenischen Gruppe der Neurosen" zu reden.

Da uns bei einer funktionellen Affektion die Handhabe der pathologischen Anatomie fehlt, muß unser Einteilungsprinzip ein ätiologisches sein, aber ätiologisch in einer Weise, die sich durch Zufälligkeiten der Gelegenheitsursachen, durch die fast ad libitum variable Mannigfaltigkeit der auslösenden Momente, das Wesentliche nicht verschleiern läßt.

Und dieses Wesentliche ist, um es vorweg zu nennen, das degenerative, konstitutionelle Moment, das bei einem Teile der asthenischen Neurosen vermißt wird, beim andern dominiert, und das uns nötigt, dort, wo man noch ganz allgemein mit Beard von der Neurasthenie spricht, zwei essentiell ungleichwertige Unterarten auseinanderzuhalten. Beiden gemeinsam ist die aus dem Mißverhältnisse zwischen Anlage und Anforderung resultierende reizbare Schwäche der Nervenäußerungen, aber im ersten Falle ist ein normal angelegtes Nervensystem einer quantitativ und qualitativ abnormen Beanspruchung erlegen, im zweiten handelt es sich um einen von Haus aus minderwertigen Apparat, der schon unter für den Normalmenschen irrelevanten Umständen versagt. —

Es ist keines der geringsten Verdienste Charcots, als Erster die Notwendigkeit wahrgenommen zu haben, eine Scheidung eintreten zu lassen in das, was er echte, und in das, was er hereditäre Neurasthenie nannte.

Daß diese beiden Unterarten prognostisch ganz anders zu bewerten, therapeutisch durchaus verschieden in Angriff zu nehmen sind, braucht nicht besonders hervorgehoben zu werden. Daß aber das Aufspüren des degenerativen Momentes beim Studium der asthenischen Neurosen das Richtige trifft, erhellt aus dem Umstande, daß auch in ihrer Symptomatologie die erworbene akzidentelle, und die angeborene konstitutionelle Gruppe Unterschiede zeigen, deren Wichtigkeit alles weit hinter sich läßt, was früher die topographisch-symptomatologischen Einteilungsversuche rechtfertigen sollte.

Wenden wir uns nun zunächst der Betrachtung der akzidentellen Formen zu, und suchen wir vorerst die Rolle der neuropathischen Belastung bei dieser, stets nachweislich an wohlcharakterisierte schädliche Einwirkungen anschließenden, oft akut einen vorher durchaus normalen Organismus befallenden Neurose zu präzisieren. Um es vorweg zu sagen: wir sind mit Gilles de la Tourette, mit Levillain, mit Veuillot der Ansicht, daß sie bei dieser Form, in der die erwähnten Autoren mit Charcot die eigentliche, allein rechte Neurasthenie erblicken, keine nennenswerte Rolle spielt. Gewiß werden wir auch bei Patienten mit einer derartigen akut er-



worbenen Neurose nicht selten eruieren können, daß die Mutter „etwas nervös“ gewesen sei, daß ein Bruder an Kopfweh leide. Sind wir aber bestrebt, statt nun, wie es oft geschieht, schlankweg in unser Krankenjournal den Vermerk: „neuropathische Belastung“ einzutragen, etwas Kritik walten zu lassen, so müssen wir zur Überzeugung gelangen, daß die durchschnittliche neuropathische Belastung dieser Kategorie von Neurasthenikern diejenige des nervengesunden Kulturmenschen derselben Gesellschaftsschicht nicht im geringsten übertrifft. Es ist das Verdienst einiger jüngerer Psychiater der Forelschen Schule (Diem, Koller) durch gründlich und kritisch durchgeführte Enqueten uns mit diesem Begriff der „psycho- und neuropathischen Belastung des Gesunden“ vertraut gemacht zu haben. Wir dürfen aus dem Faktum, daß in der Familie eines Neurasthenikers nervöse Affektionen irgend welcher Art vertreten sind, nicht ohne weiteres Abwägen und Überlegen auf eine nervöse Minderwertigkeit seines Organismus schließen — sondern uns daran erinnern, daß man, in einem relativ großen Prozentsatze von Fällen, auch bei einem Patienten mit Blinddarmentzündung oder mit Schultergelenksluxation die vagen Bemerkungen über Nervosität oder Kopfweh in der Verwandtschaft eruieren könnte, über die in der Regel, auch beim gründlichsten Inquirieren, die Angaben des akzidentell Neurasthenischen nicht hinausgehen.

Welches sind denn diese bestimmten, für das Auslösen des erworbenen neurasthenischen Symptomenkomplexes unumgänglich erforderlichen ätiologischen Momente?

Fragen wir den Patienten selbst, welche Ursachen er für seine Nervosität verantwortlich mache, so werden wir ihn entweder über erlittene Schicksalsschläge, über Aufregungen, Kummer und Sorge, über geistige Überanstrengung und berufliche Abhetzung klagen hören — oder er beschuldigt sich sexueller Ausschweifungen — oder endlich er datiert seine Nervenschwäche auf ein durchgemachtes körperliches Leiden (chronischen oder akuten Verlaufes) zurück. Wenn wir nun diese ziemlich bunte Reihe von kausalen Momenten nach einem gemeinsamen Kriterium durchsuchen, so mag es bestechend sein (und manche haben es getan) als solches lediglich das Erschöpfungsmoment anzusprechen. Also: entweder eine funktionelle Inanspruchnahme, die das zu Gebote stehende Maß von Ausgleichsfähigkeit übertrifft (sei es nun in gemütlicher, in intellektueller, in sexueller, in motorischer, in reflektorischer Beziehung) — oder aber eine rein exogene, toxische oder infektiöse Noxe, die das Nervensystem in seinen Ersatz- und Ausgleichsvorrichtungen schädigt, also seine Erschöpfbarkeit steigert. Möbius ging sogar so weit, die akquirierte Neurasthenie als eine Art chronische Ermüdung deuten zu wollen, ihre einzelnen Krankheitszeichen als potenzierte übertriebene, zum Dauerzustand ausgewachsene Symptome des physiologischen Ermüdungsprozesses.

Diese pathogenetische Auffassung glänzt ja durch ihre große Einfachheit — sie tut aber den Tatsachen entschieden Gewalt an, und hat sich deshalb auch in fachgenössischen Kreisen keinen Anhang erwerben können. Gewiß, es gibt eine chronische Ermüdung, eine zum Dauerzustand gewordene Erschöpfung; wir beobachten sie nach langen fieberhaften Krankenlagern; wir finden sie bei den unterernährten, durch harte Arbeit und häufige Geburten angegriffene Frauen des Proletariats, die mit der Diagnose: „Defatigatio“ oder „Exhaustio“ ins Spital kommen; wir sehen sie nach Blutverlusten, nach strapaziösen Manövern, nach übertriebenen Kraftleistungen sportlicher Natur sich einstellen. Aber das ist keine Neurasthenie. Wir vermissen die so charakteristischen körperlichen und psychischen Stigmata der Beardschen Neurose, über die wir bald einige Worte zu sagen haben werden. Das Bild der Defatigatio ist vielmehr das einer ganz generellen Schlaffheit und Hinfälligkeit, das bei Ruhe und kräftiger Nahrung ohne ärztliches Zutun rasch und restlos zu verschwinden pflegt.

Zur Entwicklung einer akquirierten Neurasthenie gehört eben noch etwas mehr als zu derjenigen einer chronischen Erschöpfung. Und über die Natur dieses Etwas wird keiner in Zweifel bleiben, der den anamnestisch eruierten Episoden mit Sorgfalt und Interesse auf den Grund geht. Er wird vielmehr zur Überzeugung gelangen, daß nicht das quantitative Übermaß der Erregungen, die auf das Nervensystem einstürmen, die Neurasthenie zur Entwicklung gelangen läßt, sondern ihre qualitative Beschaffenheit: ihre ausgesprochene emotionelle Färbung.

Ein Beispiel: Ein Geschäftsmann führt seine schwere Neurasthenie auf die Häufung seiner beruflichen Pflichten zurück; und doch gesteht er, daß er vor Jahren eine Periode viel stärkerer, geradezu exzessiver Anstrengung beinahe spielend überwand. Die Erklärung ist für uns dadurch gegeben, daß er damals in verantwortungsfreier Stellung sich befand, unterdessen aber auf einen verantwortungsschweren Posten aufrückte. Das robuste Nervensystem, an dem die affektfreie Abhetzung spurlos vorüberging, brach unter der gefühlsbetonten zusammen. Nun gibt es freilich genug Persönlichkeiten, die auch unter solchen Umständen der Neurasthenie nicht zum Opfer fallen. Und so wären wir wieder einmal am Begriffe der Prädisposition angelangt: aber bei der akquirierten Neurasthenie ist diese Prädisposition keine neuropathische, sondern sie ist lediglich durch das Temperament gegeben. Der von Haus aus Gewissenhafte, gegen sich selbst Strenge darf als prädisponiert angesprochen werden; der sentimental Veranlagte, der Weichherzige nicht minder; keiner aber mehr als der Ehrgeizige, dessen Geistesarbeit sich nie affektlos entfalten kann, sondern durch ängstliches Erwarten oder peinliche Enttäuschung eine ununterbrochene emotionelle Färbung erfährt.

Man darf gewiß die Behauptung aufstellen, daß bei keinem Falle echter erworbener Neurasthenie die emotionelle Grundlage vermißt wird; um sie aufzudecken bedarf es freilich von seiten des Arztes einer richtigen, von Takt und Interesse getragenen Methodik, von seiten des Kranken eines weitgehenden Zutrauens. Ja man kann verlangen, daß die emotionelle Grundlage als integrierende Komponente des Krankheitsbegriffes in der Definition der akzidentellen Neurasthenie Platz finde. Auch in den Fällen, wo im Anschluß an körperliche Krankheiten eine symptomatologisch-typische Neurasthenie (und nicht, wie häufiger, eine bloße Defatigatio) akquiriert wird — auch da wird man die Affektbetonung nicht vermissen. Kein Wunder, daß unter diesen Krankheiten gerade diejenigen alle andern an Wichtigkeit und Häufigkeit weit hinter sich lassen, welche zu selbstquälerischen Vorwürfen oder zu ängstlichen Befürchtungen für die Zukunft Anlaß geben: die venerischen Affektionen. Auch bei der durch sexuelle Exzesse oder Verirrungen bedingten akzidentellen Neurastheniefomen sind es das emotionelle Moment, die Reue, die Scham, die Furcht vor schlimmen Folgen — die sich als die wesentlichen ätiologischen Agentien kundgeben.

(Fortsetzung folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 26. Juni 1908.

Hermann Algyogyi demonstriert einen 15jährigen Knaben mit einer Schädelverbildung, welche unter dem Namen „Turmschädel“ bekannt ist („Tatarenschädel“ der Franzosen). Es handelt sich dabei um ein Überwiegen der Höhenentwicklung des Schädels auf Kosten der Länge und Breite desselben. Die Entstehung der Schädelverbildung selbst wird fast allgemein auf eine frühzeitige, manchmal schon bei der Geburt (Meltzer) eintretende Verknöcherung der Kranznaht zurückgeführt.

Wilhelm Latzko demonstriert zwei Fälle von Uteruskarzinom. Die erste Patientin sollte vor zwei Jahren wegen weit vorgeschrittenen Portiokrebses radikal operiert werden. Die vorbereitende Exkochleation ergab die technische Unausführbarkeit. Infolgedessen wurde der Auskratzung nur



die Verschorfung mit dem Paquelin nachgeschickt. Die Pat. nahm zuerst weiter an Gewicht ab, seit einem halben Jahre aber um zirka 8 *kg* zu; sie sieht blühend aus, leidet weder an Blutung noch an Jauchung.

Wenn auch derartige Beobachtungen mehrfach publiziert worden sind, so glaubt Latzko doch nicht, daß Löffel und Glüheisen je alles Krebsige erreichen und entfernen können, neigt vielmehr zur Ansicht, daß durch den Eingriff irgend etwas, d. h. Unbekanntes im Organismus ausgelöst werde, was die weitere Entwicklung des Krebses verzögert oder ganz aufhält.

Der zweite Fall wurde gleichfalls vor zwei Jahren operiert. Die bimanuelle Untersuchung ergab ein wenig vorgeschrittenes Zervixkarzinom mit freien Parametrien. Der Versuch der abdominalen Radikaloperationen scheiterte aber an einem untrennbar mit den linkseitigen großen Gefäßen und der Muskulatur verwachsenen, flachen Drüsenpakete. Es wurde, um fernere Blutung und Jauchung auszuschalten, der Uterus mit Adnexen exstirpiert. Die Berechtigung derartiger Palliativoperationen erhellt aus dem Umstande, daß die Patientin sich heute nach zwei Jahren noch relativ wohl fühlt und daß ein Wachstum der krebsigen Drüsen vorderhand nicht zu konstatieren ist. Lokalrezidive ist nicht eingetreten. Weiters demonstriert Latzko zwei Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitte nach eigener Methode. (Ausführliche Darstellung der Methode s. Sitzungsbericht vom 30. Mai 1908.) L. ist der Ansicht, daß, wenn bei lebendem und lebensfähigem Kinde der vorliegende Schädel trotz energischer Geburtsarbeit nicht in das Becken eingetreten ist und Lebensgefahr für Mutter oder Kind besteht, der extraperitoneale Kaiserschnitt indiziert ist.

Richard Chiari: Über den Einfluß der Narkotika auf die Autolyse und deren Erklärung. Bei chronischer Alkoholvergiftung finden sich häufig Veränderungen in der Leber, d. h. in dem Organe, in dem die eingreifendsten chemischen Vorgänge, wie der Abbau des Eiweißes, sich abspielen. Es liegt nun nahe, an einen Zusammenhang beider Erscheinungen zu denken. Diese Veränderungen wären dabei nicht als ein Resultat unmittelbarer chemischer Einwirkung des Alkohols, Chloroforms, Äthers oder deren Zersetzungsprodukte auf das Protoplasma als solches aufzufassen. Man könnte sich hingegen diese als Resultat, durch den Alkohol gesteigerter oder abnorm geleiteter, an sich normaler Zersetzungsvorgänge denken. Aller Wahrscheinlichkeit nach werden ja die Spaltungs- und Oxydationsvorgänge in den Zellen durch Fermente bewerkstelligt, welche beim Absterben des isolierten und erstickenden Organes den sogenannten autolytischen Zerfall in ihnen bewirken. Redner hat die Einwirkung des Alkohols, Äthers, Chloroforms und ähnlicher Körper auf den autolytischen Vorgang untersucht. Dies geschah in der Weise, daß Leberstückchen teils direkt, teils nach zweistündiger Behandlung mit den Dämpfen der verschiedenen flüchtigen Narkotika der Autolyse unter 1%iger Fluonatriumlösung bei Bruttemperatur unterworfen wurden. Fluornatriumlösung wurde deshalb genommen, um bakterielle Einflüsse sicher fern zu halten. Um den Grad der Autolyse auszudrücken, wurde der durch Tannin nicht ausfällbare Stickstoff bestimmt und dieser dann zu dem Gesamtstickstoffe ins Verhältnis gesetzt.

Der gewöhnliche Gang der Autolyse ist nun der, daß in den ersten zwei bis vier Stunden eine vollständige Latenzperiode besteht, wie dies schon von Claypon und Schryver beschrieben wurde, d. h. daß hier der Wert des durch Tannin nicht ausfällbaren Stickstoffes keine Änderung erfährt. Auch nach sechs Stunden hat die Autolyse entweder noch gar nicht oder nur in sehr geringem Maße eingesetzt. Erst dann beginnt eine Periode ungemein raschen Zerfalles. Anders verhält sich nun der zeitliche Verlauf der Autolyse nach Vorbehandlung der Stücke mit Dämpfen der verschiedenen Narkotika. Hier findet man schon nach drei Stunden eine deutliche Autolyse und nach sechs Stunden sind bei Einwirkung von Chloroform oder Äther Werte erreicht, die normaliter erst nach 24 Stunden zu beobachten sind. Diese erwiesen sich demnach am kräftigsten wirksam, etwas weniger Petroläther, am wenigsten Alkohol in Dampfform.

Wilhelm Hausmann: Über die photodynamisch-hämolytische Wirkung chlorophyllhältiger Pflanzenextrakte.

Gelegentlich einer Untersuchung über ein Pflanzengift konnte Redner die photodynamische Wirkung frischer Pflanzenfarbstoffe studieren. Es war dies ohne weiteres möglich durch Verwendung methylalkoholischer Extrakte.

Frische, grüne Teile verschiedenster Pflanzen wurden mit Methylalkohol extrahiert. Die so erhaltene grüne, fluoreszierende Lösung wurde filtriert und, wenn nötig, neutralisiert. Ließ man nun diese neutrale Lösung auf Blut (2% Kaninchen- und Ziegenblut) einwirken, so ergab sich ganz übereinstimmend folgendes: Die der Sonne oder dem hellen Tageslichte ausgesetzten Proben wurden nach einiger Zeit hämolytisch, die im Dunkeln gehaltenen nicht verändert. So zeigte sich in einem Falle bei einer belichteten Probe nach Zusatz von 0·02 *cm³* eines Pflanzenextraktes nach mehreren Stunden Hämolyse, im Dunkeln war 1 *cm³* desselben Extraktes unwirksam. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist diese Wirkung dem Chlorophyll zuzuschreiben. Selbstverständlich werde ich den letzten Beweis durch Verwendung reinen Chlorophylls zu führen haben.

Samuel Stern: Psychognostischer Unterschied zwischen Gedächtnis und Erinnerungsfähigkeit.

Gedächtnis (Memoria) ist die Zentralsammelstelle aller Sprachworteerinnerungsbilder. Der Mensch bildet sich diese Zentralsammelstelle durch Memorieren (Auswendiglernen).

Das Memorieren kommt wohl nach denselben Normen zustande wie die Assoziationen und Konglomerationen aller Erfahrungserinnerungsbilder.

Neben der Zentralsammelstelle Gedächtnis steht die Zentralsammelstelle aller Erfahrungserinnerungsbilder des Menschen, sie heißt das Gesamtbewußtsein. Diesem kommt Erinnerungsfähigkeit zu.

Erinnerung heißt das Auftauchen von Erinnerungsbildern aller jener inneren psychischen Zustände, die man Empfindungen, Gefühle und deren Wechselwirkungsresultate nennt. Diese inneren Zustände lassen sich niemals demonstrieren. Sie sind durch ihre Erinnerungsbilder festgehalten für das ganze Leben.

Das Gesamtbewußtsein repräsentiert eine organische Einheit aller seiner unzählbaren Einzelelemente, deren jedes einzelne genau gleichwertig ist mit jedem anderen und auch mit der einheitlichen Gesamtheit. Eine solche organische Einheit bildet das Gedächtnis nicht.

Vergleichen wir nun die Einzelelemente der Memoria, nämlich die Sprachworte, mit den Einzelelementen des Bewußtseins, so kommen wir zu folgenden Resultaten:

Ein Sprachwort ist wohl auch eine sinnliche Empfindung, nämlich eine Gehörsempfindung. Heutzutage kann ein Sprachwort auch geschrieben oder gedruckt sein, dann ist es eine Lichtraumempfindung.

Beide genannten Empfindungen stehen aber ganz außerhalb des inneren Gesamtbewußtseins desjenigen, der die Worte hört oder liest. Beweis hiefür die Tatsache, daß man Sprachworte auch ganz fremder Sprachen, die man gar nicht versteht, genau so gut memorieren oder auswendig lernen kann wie die Sprachworte bekannter Sprachen.

Jeder Mensch, der seine inneren psychischen Zustände (Empfindungen, Gefühle usw.) in sich wahrnimmt, unterliegt in dem Momente, wo er mit seinen Mitmenschen in Kontakt kommt, der Wirkung eines spezifischen Gefühles, das durch die genannten inneren Zustände angeregt wird. Es ist dies das Gefühl des Bedürfnisses einer Mitteilung seiner inneren psychischen Zustände an seine Mitmenschen.

Alle Gefühle bestehen aus Erregungsüberströmungen aus den Sinnesnervenorganen beliebiger innerer sinnlicher psychischer Zustände in bestimmte Gefühlsnervenorgane; und (Beispiel: Gefühl des Angenehmseins usw.) von diesen Gefühls-



nervenorganen strömt die Erregung weiter auf bestimmte Bewegungsnervenorgane; das sind die Muskelnervenorgane. Die Muskeln werden durch ihre Nervenorgane in Bewegung versetzt und diese Bewegungen gehen auf die Außenwelt über; werden von den Mitmenschen auch wahrgenommen.

Taucht nun im Menschen das Gefühl des Mitteilungsbedürfnisses auf, so wird er sofort irgendeinen seiner Muskeln in Bewegung setzen, damit sein Mitmensch diese Bewegung auch wahrnehme.

Die Benennung der Empfindung mit einigen immer gleichen, zufällig gewählten Sprachlauten wurde zu einem Sprachelement oder einem Sprachworte. Dieses Sprachwort wird nur demjenigen jenes innere psychische Bewußtseinselement wachrufen, dessen Name es sein soll, der an seiner ersten Bildung vom Anfange an beteiligt war. Nur der versteht das Wort, während jeder andere Mensch das Wort gar nicht versteht, aber es doch als Schall wahrnimmt und jede Vielzahl desselben auswendig lernen kann. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 4. Juni 1908.

Karl Glaeßner demonstriert einen 52jährigen Patienten mit Pagetscher Knochenerkrankung. Vor zirka 6 Jahren bemerkte P., daß sein Kopf an Umfang zunahm. Gleichzeitig trat auch eine Steifigkeit des Halses auf, welche die Bewegungen des Kopfes erschwerte, dann kam es zum Bruch der linken Klavikula (vor vier Jahren), ein Jahr später zur Fraktur der linken Patella. Seitdem bestehen Schwindelanfälle, erst wurde das Gehen, dann das Stehen beschwerlich, und als auch öfters spontane Urinentleerung auftrat, suchte P. das Spital auf. Potus und Infektion werden negiert. Bei dem P. sieht man als auffallendes Symptom eine enorme Vergrößerung des Schädeldaches, die mit Asymmetrie desselben verbunden ist. Der Schädelumfang betrug vor fünf Monaten 163·5 *cm*, jetzt beträgt er 164·5 *cm*, ist also um 1 *cm* gewachsen. Exostosen oder Unebenheiten sind nicht vorhanden. Der Kopf wird nach rechts geneigt gehalten. Es ist Bewegungsbeschränkung durch beträchtliche Kyphose und Ankylose der Halswirbelsäule nachweisbar; das Kinn ist an das Sternum herangezogen. Außerdem befindet sich am linken Humerus im Sulcus bicipitalis int. eine mächtige Hyperostose; die übrigen Knochen mit Ausnahme der linken Klavikula und der linken Patella, an welchen Kallusbildung nach Fraktur noch nachweisbar ist, sind normal.

Hermann Schlesinger demonstriert Röntgenphotographien eines zweiten Falles von Pagetscher Erkrankung (mono-osteitische Form).

v. Kutscha berichtet ebenfalls über einen Fall von Osteitis deform., bei dem auch Veränderungen in den Beckenknochen auftraten.

Albert Herz stellt einen Fall von erworbenem Myxödem vor. Der 45jährige Mann zeigte eine teigige Schwellung im Gesichte, Vergrößerung von Nase und Ohren, wulstige Lippen, trockene und derbe Haut, rechts deutliches Fazialisphänomen, Pulsfrequenz 55—65. Die Sprache war langsam und rauh, die Bewegungen waren schwerfällig und P. ermüdete rasch. Als Thyreoidealbehandlung eingeleitet wurde, besserten sich binnen kurzer Zeit alle Beschwerden und in einigen Monaten waren alle Symptome verschwunden. Die Harnmenge stieg an, das Serumalbumin schwand aus dem Harne, die Assimilationsgrenze für Zucker stieg an. In diesem Falle zeigte sich ein Antagonismus zwischen der Thyreoidea und dem Pankreas.

Karl Hochsinger hat schon im Jahre 1900 auf das Vorkommen von Fazialisphänomen und von tetanieähnlichen Krämpfen bei Myxoedema congenitum aufmerksam gemacht.

Wilhelm Falta weist darauf hin, daß die Schilddrüse bei Pflanzenfressern, wenigstens in bezug auf den Stoffwechsel, eine viel weniger wichtige Rolle spielt als beim Fleischfresser, da sie in erster Linie die Größe des Eiweißumsatzes bestimmt. Es ist daher anzunehmen, daß ihre Hemmung auf das Pankreas beim Pflanzenfresser viel weniger intensiv ist und der Wegfall dieser Hemmung weniger deutlich wird. Ferner zeigen die Untersuchungen von Ehrmann, daß die Adrenalinempfindlichkeit verschiedener Tierklassen sehr verschieden ist und daß die Kaninchen mit reichlicherer Adrenalinproduktion viel empfindlicher gegen Adrenalin sind als beispielsweise die Katzen. Die mydriatische Wirkung des Serums kann sehr verschiedene Ursachen haben. Sie kann ebensowohl bedingt sein durch eine vermehrte Adrenalinproduktion wie durch eine verminderte Adrenalinzerstörung oder -Bindung. Daß dem Adrenalin kohlehydratmobilisierende Eigenschaften zukommen, wird niemand leugnen wollen, ob aber diese Intensität der mobilisierenden Wirkung dem Gehalte des Serums an mydriatisch wirkender Substanz parallel geht, ist sehr zweifelhaft. Er verweist auf die chronische Nephritis, bei welcher bekanntlich unter Umständen reichlich Adrenalin im Blutserum vorhanden ist, und doch haben wir keinen Anhaltspunkt, bei dieser Erkrankung an eine Beschleunigung im Ablauf des Kohlehydratstoffwechsels zu denken.

Rudolf Neurath fragt, wie sich im demonstrierten Falle von akquiriertem Myxödem die Körpertemperatur vor und nach der Behandlung verhalten hat.

Herz erwidert, daß vor der Behandlung keine Temperatur unter 36°, nach derselben keine Temperatur über 36·5° beobachtet wurde.

Rudolf Fleckseder demonstriert einen 49jährigen Mann mit Folgeerscheinungen allgemeiner Arteriosklerose (mäßige Dilatation und stärkere Hypertrophie des linken Ventrikels, diffuse Aortenerweiterung, mäßige Stenose und leichte Insuffizienz am Aortenostium), bei welchem zur Zeit der Aufnahme heftige Kardiospasmen bestanden. Redner betont die große Seltenheit der Kombination von Herzerkrankung und dysphagischen Symptomen (bei Perikardialexsudaten, Angina pectoris vera und nervosa). Unter kardialer Therapie (Bettruhe, Digitalis), die wegen leichter Herzinsuffizienzerscheinungen eingeleitet wurde, ließ sich subjektiv wie objektiv das vollständige Verschwinden der spastischen Erscheinungen (schmerzhaftes Konstriktionsgefühl hinter dem unteren Sternum bei jedem Versuche, feste Speisen oder Flüssigkeit in den Magen zu bringen, viertelstundenlanges Liegenbleiben der Ingesta — auch am Fluereszenzschirm nachweisbar — im untersten Speiseröhrenanteil) beobachten. Dagegen blieben die von der Nahrungsaufnahme unabhängigen, auch anders verlaufenden Schmerzen im obersten Epigastrium bestehen.

Diskussion zum Vortrage J. Bartels: Über die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung.

Edmund Herrmann referierte über Ovarienbefunde, die er beim Status hypoplasticus der Bartelschen Fälle erhoben hat. In bezug auf ihre Form weichen die meisten Ovarien dieser Fälle von der Norm ab, und zwar konnte Herrmann zwei Formen unterscheiden: 1. Eine lange und schmale Form, wie wir sie auch sonst beim kindlichen Ovarium zu sehen gewohnt sind, nur sind die Ovarien hier bedeutend länger als die des geschlechtsreifen Individuums; 2. Die normale Form des reifen Ovariums, nur ist das Ovarium in allen seinen Dimensionen auf das 2—3fache vergrößert: also abnorm große Ovarien. Weiters fällt es auf, daß die Oberfläche in den meisten dieser Fälle ganz glatt ist und nur vereinzelte unter ihnen spärliche Narben aufweisen. Der mikroskopische Befund stellt sich folgendermaßen dar: Die vorhin genannte Vergrößerung der Ovarien beruht auf einer Zunahme der bindegewebigen Teile derselben. Insbesondere die Rindenschichte ist es, die ganz wesentlich verdickt erscheint. Dabei ist das Bindegewebe im Gegensatze zu normalen Ovarien kernarm, fibrillär, ja partienweise geradezu schwielig. Als Folge dieser Strukturveränderung in der Rindenschichte ist es wohl aufzufassen, daß die Follikel vielfach nicht zum Bersten gelangen können und entweder atresieren oder zur kleinzystischen Degeneration führen.



Kyrle berichtet über histologische Befunde, die er an Prostata, Hoden und Nebenhoden bei einer Reihe von hypoplastischen Individuen erheben konnte. Die Bilder, die sich hiebei ergaben, sind vielleicht in eine gewisse Analogie mit den von Herrmann für die Ovarien angegebenen zu bringen. Vor allem ist es der Hoden, an dem außerordentlich auffällige Befunde, namentlich in exzessiven Fällen von allgemeiner Hypoplasie erhoben werden konnten. Die Veränderungen in diesem Organ bestehen in einer außerordentlichen Verdickung der Hodenkanälchen-Basalmembran und in einem totalen Zugrundegehen des spezifischen Epithels.

Alois Strasser: Über Versuche mit Radiumemanation. Strasser berichtet über therapeutische Versuche, die er mit radiumhältigem Wasser angestellt hat. Die Höhe der Dosen, welche für Gesunde schädlich sein kann, ist derzeit noch nicht genau bekannt. Strasser sah selbst nach interner Darreichung von 100.000 Einheiten keinerlei hervorragende Erscheinungen und es ist wahrscheinlich, daß noch viel höhere Dosen gut vertragen werden. Bei Kranken ist ein Zeichen der Emanationswirkung eine eigenartige „Reaktion", welche vielgestaltig sein kann und am häufigsten in Vermehrung bestehender Schmerzen, Aufflackern älterer Prozesse usw. sichtbar ist. Doch sah Strasser niemals Steigerung von Albuminurie, niemals Hämatemesis (bei Karzinom des Magens) und niemals Temperatursteigerung bei malignen Tumoren. wie dies von einigen Seiten angegeben wurde. Dagegen sah Strasser von 30 beobachteten Fällen 20mal mehr minder große Schmerzreaktion, mitunter entzündliche Reaktionen an Gelenken. Strasser kommt zu dem Schluß, daß die interne Darreichung von Radiumemanationen (von durchschnittlich 10.000 bis 30.000 Einheiten pro die) eine gewisse Wirkung zu haben scheint, welche gewisse Krankheiten (Gelenkserkrankungen, Neuralgien) auch gut zu beeinflussen vermag; die Grenzen des Indikationsgebietes und der Leistungsfähigkeit müssen jedoch erst durch eine sehr große Reihe von therapeutischen Versuchen festgestellt werden.

Fleckseder berichtet gleichfalls über einige Versuche mit „Radiogenwasser". Von sechs mit Radiogenbädern behandelten Patienten zeigten zwei eine zweifellose Reaktion an der Stelle der chronischen Entzündungsherde. Der eine Fall, ein chronischer Gelenkrheumatismus, wurde mit täglichen Bädern zu $1^1/_2$ Millionen Volt behandelt und zeigte vom fünften Bade an deutlich gesteigerte Schmerzhaftigkeit und vermehrtes Reiben an den Gelenken. Der zweite Fall betraf einen tuberkulösen Ileozökaltumor mit Übergreifen der Infiltration auf den Douglas. Der Patient erhielt täglich Bäder bis zu einem Gehalt von 2 Millionen Volt und klagte vom zweiten Bade an über heftige lokale Schmerzhaftigkeit und Spannung; diese Reaktion setze etwa eine halbe bis eine Stunde nach dem Bade ein und exazerbierte mit jedem neuen. Im weiteren Verlaufe der Bäderbehandlung klang die Reaktion ab, der Patient fühlte sich bedeutend frischer und nahm an Gewicht zu. Temperatursteigerungen oder Albuminurie traten bei keinem der behandelten Fälle auf.

Strasser betont nochmals, daß in diesen Fragen subtilste Untersuchung dringend geboten sei. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Zur Frage der Entgiftung des Chlorhydrats. Von Professor Dr. Ferdinand Blumenthal. (Med. Klinik 1908, Berlin Nr. 21.)

Eglatol ist eine dickflüssige, wasserhelle, klare Flüssigkeit von aromatischem, an Menthol erinnernden Geruch. Der Wert des neuen Präparates ist darin zu suchen, daß es gelungen ist, die bekannte Verbindung Trichloraldehid (Chloralhydrat) und Phenyldimethyloxychinicin (Antipyrin) der toxischen Wirkung auf das Herz zu entkleiden und zwar durch die Einfügung des Menthylesters der Karbaminsäure und des Trimethylxanthins (Koffein). Die Ergebnisse an Menschen — mehr als 40 Fälle — resumierte Blumenthal folgendermaßen: Das Präparat wurde zunächst in Dosen von 0·5 bis 1·0 pro dosi et die in Gelatinekapseln gegeben; es wurde in allen Fällen gut vertragen und es traten weder Übelkeit noch am nächsten Tage Gefühl von Schwere ein. In kleinen Dosen 0·5) ist Eglatol ein gutes Beruhigungsmittel, in größeren (1·0—1·5—2·0), manchmal auch schon in kleineren ein Schlafmittel. Als letzteres versagte es gelegentlich nur bei sehr heftigen Schmerzen und großen Aufregungszuständen nach Operationen. Bei nervösen Zuständen, leichter Erregbarkeit bei Herzkranken wirkte es recht gut und hinterließ nicht die geringste Benommenheit und Abgeschlagenheit.

V. Notizen.

Innsbruck. Der ordentliche Professor der Hygiene an der Universität in Innsbruck, Dr. Alois Lode, wurde zum Vorstande der allgemeinen staatlichen Lebensmittel-Untersuchungsanstalt in Innsbruck bestellt.

— Herr Professor Dr. med. Julius Schreiber, Direktor an der königl. medic. Universitätsklinik in Königsberg in Preußen feiert am 26. Juli d. J. als außerordentlicher Professor sein 25jähriges Jubiläum.

Programm der Ferialkurse, welche in den Monaten August und September 1908 an der Wiener medizinischen Fakultät abgehalten werden. — Allgemeine Bemerkungen: Es werden zwei Zyklen von Ferialkursen gelesen; der eine vom 3.—29. August, der zweite vom 31. August bis 26. September. Die Inskription erfolgt bei den betreffenden Herren Dozenten (resp. Assistenten) und ist das Honorar an dieselben direkt im vorhinein zu entrichten. Das Programm über die Kurse ist bei den Portieren des Allgemeinen Krankenhauses und der Poliklinik für 20 Heller erkäuflich; dasselbe kann ferner auch per Post vom Dekanate der medizinischen Fakultät gegen Einsendung von 25 Hellern in österreichischen Briefmarken bezogen werden. Auskünfte über die Kurse werden im medizinischen Dekanate erteilt. Min. und Max. bedeutet die Minimalzahl, resp. Maximalzahl der Teilnehmer, für die ein Kurs gelesen wird.

August-Zyklus. — Histologie. 1. Privatdozent Dr. Otto Marburg: Normale und pathologische Histologie des menschlichen Nervensystems. Honorar: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Neurologisches Institut, IX., Währingerstraße 13a. Min.: 10. — Physiologie. 2. Ass. Dr. Robert Stigler: Repetitorium der Physiologie des Menschen. Hon.: 40 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Physiolog. Institut, IX., Währingerstraße. Min. 10; 3. Ass. Dr. Robert Stigler: Physiologisches Praktikum mit besonderer Berücksichtigung von Harn- und Blutuntersuchung. Hon.: 40 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Physiolog. Institut, IX., Währingerstraße 13. Min.: 10; 4. Ass. Dr. Robert Stigler: Experimentalkurs über Physiologie des Auges. Hon.: 60 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Physiolog. Institut, IX., Währingerstraße 13. Min.: 5. — Pathologische Anatomie und Histologie. 5. Prof. Dr. Anton Ghon: Pathologisch-anatomischer Demonstrationskurs. Hon.: 50 K. Zeit: 5—$6^1/_2$ Uhr. Ort: Seziersaal des patholog.-anatom. Institutes. Min.: 15; 6. Priv.-Doz. Dr. Julius Bartel: Histologie der Infektionskrankheiten mit spezieller Berücksichtigung der Tuberkulose und Syphilis. Hon.: 40 K. Zeit: Montag, Mittwoch, Freitag 3—4 Uhr. Ort: Patholog.-anatom. Institut. Min.: 6; 7. Priv.-Doz. Dr. Julius Bartel: Pathologische Histologie des Zentralnervensystems. Honorar: 40 K. Zeit: Montag, Mittwoch, Freitag 4—5 Uhr. Ort: Pathologisch-anatomisches Institut. Min.: 6. — Pharmakognosie. 8. Priv.-Doz. Dr. Josef Hockauf: Mikroskopischer Nachweis forensisch wichtiger Giftpflanzen (Pflanzengifte). Hon.: 60 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: K. k. Untersuchungsanstalt für Lebensmittel (Neues hygienisches Institut). Min.: 5. — Gerichtliche Medizin. 9. Prof. Dr. Max Richter: Gerichtliche Medizin. Hon.: 80 K. Zeit: 5mal wöchentlich, nach Übereinkommen. Ort: Gerichtlich-mediz. Institut. Min.: 5. — Medizinische Chemie. 10. Ass. Dr. Emil Zdarek: Praktische Fragen aus der medizinischen Chemie (mit Ausschluß der Harnanalyse). Hon.: 50 K. Zeit: Täglich 5—6 Uhr nachm. Ort: Hörsaal für medizinische Chemie, Pathologisch-chemisches Institut. Min. 10. — Interne Medizin. 11. Prof. Dr. Hermann Schlesinger: Diagnostik innerer Krankheiten und neuere Therapie. Hon.: 40 K. Zeit: Täglich von 9—10 Uhr vorm. mit Ausnahme des Samstag. Stunde eventuell verlegbar. Ort: Allgem. Krankenhaus, 8. Hof, Abteilung des Vortragenden Z.-Nr. 87, Min.: 10; 12. Priv.-Doz. Doktor Ludwig Braun: Diagnostik der Herz- und Lungenkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Allgem. Krankenhaus, Saal 100. Min.: 5; — 13. Priv.-Doz. Dr. Hans Eppinger: Klinische (chemische und mikroskopische) Untersuchungsmethoden. Hon.: 50 K. Zeit: 15. August bis 1. September, 2 Stunden täglich. Ort: I. mediz. Klinik; 14. Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Falta: Diagnostik und Therapie der Magen- und Darmkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 12—1 Uhr. Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 10; 15. Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Falta zusammen mit Priv.-Doz. Dr. Hugo Salomon: Stoffwechselkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 5—6 Uhr. Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 10; 16. Priv.-Doz. Dr. Hugo Salomon: Therapie der Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen.

Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 10; 17. Priv.-Doz. Dr. Karl Ritter von Stejskal: Diagnostik und Therapie innerer Krankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 11—12, 25 h. Ort: II. mediz. Klinik. Min.: 10; 18. Ass. Doktor Nikolaus v. Jagić: Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Hon.: 20 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Dauer 10 Stunden. Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 6; 19. Ass. Dr. Nikolaus v. Jagić: Klinische Hämatologie. Hon.: 20 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Dauer 10 Stunden. Ort: I. med. Klinik. Min.: 6: 20. Ass. Dr. Karl Reitter: Diagnostik innerer Krankheiten. Hon.: 50 K für Ärzte, 30 K für Studenten. Zeit: 4—5 Uhr. Ort: III. mediz. Klinik. Min.: 10. — Kinderheilkunde. 21. Ass. Dr. Clemens Freih. v. Pirquet: Kinderheilkunde. Honorar: 50 K. Zeit: 2½—3½ Uhr. 4 Wochen, 20 Stunden. Ort: Klinik Escherich, Kinderspitalgasse 6. Min.: 10; 22. Ass. Dr. Clemens Freih. v. Pirquet: Tuberkulindiagnostik. Hon.: 30 K. Zeit: 12—1 Uhr, 2 Wochen, 10 Stunden, event. 2. Kurs 17. August 12—1 Uhr. Ort: Klinik Escherich, Kinderspitalgasse 6. Min.: 10. — Neurologie und Psychiatrie. 23. Prof. Dr. Lothar v. Frankl-Hochwart: Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 9—10 Uhr. Ort: Hörsaal der I. mediz. Klinik. Min.: 10; 24. Priv.-Doz. Dr. Sigmund Erben: Praktische Neurologie einschließlich der zugehörigen Unfallskrankheiten (Genese, Prüfung auf Simulation). Hon.: 50 K. Zeit: 12—1 Uhr. Ort: Nervenambulatorium der Krankenkassen, I., Teinfaltstraße 7. Min.: 10.

(Fortsetzung folgt.)

VI. Eingesendet.

Reichsverband österr. Ärzteorganisationen.

Wie uns vom Präsidium des Reichsverbandes mitgeteilt wird, haben seine beiden Vizepräsidenten Dr. Gruß und Dr. Skorscheban zur Beratung der Präsidialangelegenheiten Herrn Dr. Rod. Koralewski, den Nachfolger Janeczeks in der n. ö. Organisation in das Präsidium kooptiert. Sie gingen dabei von der Erwägung aus, daß die Angelegenheiten des Reichsverbandes einer Beurteilung nicht nur vom Standpunkte von Wiener Ärzten, zu welchen die beiden Vizepräsidenten gehören, sondern auch vom Standpunkte der Landärzte, welche in Dr. Koralewski ausgezeichnete Vertretung findet, gewürdigt werden müssen. Dr. Koralewski hat sich bereit erklärt, seine Kräfte dem Präsidium zur Verfügung zu stellen.

An alle Organisationen!

Alle Geldbeträge für den Reichsverband sind an die Anschrift des Herrn Dr. Ludwig Skorscheban, Wien, VIII., Kochgasse 16, einzusenden.

Für das Präsidium:

Dr. Adolf Gruß, dz. I. Vizepräsident.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3611/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 31. Wien, 1. August 1908. **Nr. 31.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über warme, beruhigende und aufregende Bäder.

Von **Dr. Witte** in Kudowa.

(Schluß.)

Wenn jemand, der sich nicht täglich damit beschäftigt, dem nicht die volle Bedeutung beimißt, so wundere ich mich darüber nicht. Denn ich gestehe, daß mir selbst erst durch die Praxis klar geworden ist, wie wichtig in vielen, sogar den meisten Fällen eine genaue Temperaturvorschrift der zunehmenden Bäder ist.

Unsere Kurverordnungen bewegen sich in der Tat gerade bei unseren Schwerkranken in der Regel innerhalb solch enger Grenzen, daß der Gesunde sowohl von warm wie von kühl meist keine sehr ausgesprochene oder gar krasse Empfindung bekommt und die geringgradigen Differenzen von einem Bad zum anderen, die ich unter Umständen als ausschlaggebend für den Erfolg ansehe, kaum merken würde. Badetemperaturen für interne Kranke werden sich niemals weit vom Indifferenzpunkt entfernen dürfen, aber sie werden um ein Bestimmtes entweder darunter oder darüber sein müssen, und darin liegt die Schwierigkeit ihrer Verordnung.

Wenn ich nun noch kurz, zwar als minder wichtig, aber doch beachtenswert genug bemerke, daß selbstverständlich auch die Dauer eines Bades bei dem Erfolge mitspricht, und daß in dieser Beziehung die Patienten meist Neigung haben, länger zu baden, während nach der ärztlichen Erfahrung im allgemeinen kürzere Badezeiten angebracht sind, so glaube ich damit einige Hauptregeln der praktischen Balneotherapie getroffen zu haben, und komme nun zum letzten Teil meiner Ausführungen.

Als Typus der Heilbäder gilt zweifellos von alters her das ausgesprochen warme Bad. Die schon im Altertum als heilkräftig bekannten Bäder waren meines Wissens sämtlich warm resp. heiß, und der Gang der Entwicklung war offenbar der, daß von den Kranken, welche eine solche Quelle aufsuchten, natürlich nur die Erfolge zu verzeichnen hatten, für welche die betreffende Temperatur gerade angebracht war; andere Patienten fanden besseren Erfolg an anderen, wärmeren oder kühleren Quellen, je nachdem sie sich mehr für diese oder jene Temperatur eigneten. Bald lernten auch die Ärzte selbst zwischen der Wirkung der einzelnen Quellen für bestimmte Krankheitsformen Unterschiede zu machen, Indikationen aufzustellen, wie wir heute sagen.

Die ausgesprochen heißen Quellen eigneten sich begreiflicherweise am besten für Kranke mit rheumatischen und neuralgischen Affektionen, sofern sie kräftig waren und gute Zirkulationsorgane aufwiesen. Sehr bald wird man beobachtet haben, daß Leute mit Kreislaufstörungen, alte Leute mit Arteriosklerose usw. an den heißen Quellen leicht Mißerfolge hatten, Apoplexien erlitten usw. Für solche waren andere, minder warme Quellen geeigneter, aber daß der Einfluß des warmen Bades bei manchen Arten von Kranken, z. B. gerade bei Herzleiden sehr zu fürchten war, ist eine Beobachtung, die sich sehr häufig wiederholte, daß bis in die neuere Zeit sogar von hervorragenden ärztlichen Kreisen die Ansicht vertreten wurde, Herzleiden eigneten sich überhaupt für keinerlei Bäderbehandlung. Es ist in der Tat nicht recht verständlich, warum das warme Bad für gewisse Arten von Kranken so wenig dienlich ist, keinerlei bessernden, beruhigenden, sondern im Gegenteil verschlimmernden, in leichten Fällen wenigstens aufregenden Einfluß hat. Wahrscheinlich ist der Zusammenhang etwa so, daß die periphere Blutflexion für sie zwar vorteilhaft ist, daß aber die Wärmeabgabe, die dem Gesunden noch mühelos gelingt, für manche Kranke und besonders Herzleidende Schwierigkeiten macht, und daß, wenn auch keine Überhitzung, so doch leicht Wärmestauung bei ihnen eintritt, welche schlecht vertragen wird. Das bloß kühle Bad hat aber wiederum bei solchen Kranken nicht die Wirkung, den Blutkreislauf in den inneren Organen zu entlasten. Da boten nun die kohlensauren Bäder einen eigentümlichen Ausweg. Diese haben bekanntlich die Eigenschaft, durch die reiche an der Körperoberfläche stattfindende Gasentwicklung ein äußerst behagliches Wärmegefühl und Ableitung des Blutes nach der Oberfläche, als Ausdruck derselben eine lebhafte Rötung der Haut und damit die gewünschte Entlastung der inneren Organe zu bewirken, ohne den Körper der Gefahr der Überhitzung auszusetzen, indem sie dabei ausgesprochen kühle Temperaturen haben dürfen.

So hat man rein empirisch in den kohlensauren Bädern ein Mittel gefunden, um Kranken die Vorteile der Entlastung der inneren Organe zukommen zu lassen, für welche die warmen Bäder bereits die Gefahr der Über-



hitzung resp. Wärmestauung mit ihren erregenden Folgen mit sich brachten. Wie den Herzkranken erging es noch manchen anderen, insbesondere Nervenkranken, und so haben sich die kohlensauren Bäder ihr Arbeitsfeld unter solchen Kategorien von Leidenden erworben, für welche die bisher üblichen Bäder nicht geeignet waren, für welche man vorher das Richtige überhaupt nicht hatte treffen können.

Wenn noch vor 30—40 Jahren ein solcher Umschwung der Ansichten auf balneotherapeutischem Gebiet möglich war, wer möchte da behaupten, daß nicht noch jetzt in irgend einer Richtung neue Vorschläge, Erfindungen, Verbesserungen denkbar wären!

Wie das geschehen sollte, ist zwar nach dem jetzigen Stand unseres Wissens nicht recht einzusehen. Daß aber unsere Quellen alljährlich von vielen Leidenden aufgesucht werden, welchen wir keine oder keine genügende Hilfe leisten können, darüber wird wohl jeder von uns schon seine Erfahrungen gemacht haben.

Die Sauerstoffbäder, welche vor einigen Jahren von sich reden machten, und nach langer Zeit wieder einmal etwas Neues auf diesem Gebiete brachten, scheinen doch nicht den gewünschten Erfolg gebracht zu haben, wenigstens keinen besonderen Vorzug vor den kohlensauren Bädern zu verdienen, denn man hört wenig mehr davon.

Wenn ich also auch augenblicklich keine neuen therapeutischen Vorschläge vorzubringen mir erlauben möchte, so glaube ich doch zum Schluß die Hoffnung aussprechen zu dürfen, daß unsere Balneologie noch nicht am Ende ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer Erfolge angelangt ist.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Die Leistungen der Ärzteorganisation. — Die Vereinigung der ärztefreundlichen Abgeordneten. — Für das Kind.)

Wir haben schon in der vorangehenden Nummer ausgeführt, daß wir mit der Arbeit der sozialwirtschaftlichen Reichsorganisation unzufrieden sind. Wie berechtigt unsere Kritik ist, wollen wir an einem Exempel beweisen.

Die Regierung war so freundlich, das Zahntechnikergesetz im Reichsrate einzubringen. Daß es in der vorgelegten Fassung für die Ärzte absolut unannehmbar ist, darüber ist kein Wort zu verlieren. Aber ebenso klar ist es, daß es heute drei Viertel des Weges bis zu seiner Verwirklichung zurückgelegt hat. Wenn aber unsere Führer nur eine blasse Ahnung der parlamentarischen Taktik gehabt hätten, wäre es nie soweit gekommen. Die Geschäftsordnung des Parlamentes verlangt, daß jede Vorlage, also auch eine Regierungsvorlage, eine erste Lesung passiert, bevor sie an den Ausschuß (in unserem Falle den Sanitätsausschuß) gelangt. Nun ist es aber mit der Arbeitsfähigkeit unseres Parlamentes derart bestellt, daß nur die allerdringlichsten Anträge entweder in Form eines Dringlichkeitsantrages oder in Form einer ersten Lesung vor das Forum des Hauses gelangen. Dagegen besteht aber eine Bestimmung, daß, wenn auch nicht ein Abgeordneter dagegen ist, der betreffende Antrag ohne erste Lesung in den Ausschuß kommt. Der Einspruch eines einzigen Abgeordneten hätte also genügt, um den Regierungsentwurf den Weg in den Ausschuß zu sperren. Nun besteht aber eine ganze Vereinigung von ärztefreundlichen Abgeordneten, die ein oder mehrere Dutzend Abgeordnete umfaßt. Haben nun alle Führer der Organisation samt den verehrlichen Ärzteabgeordneten geschlafen, als es galt, gegen die Verweisung an den Ausschuß zu stimmen? Heute sind die Aussichten für die Techniker günstiger als je; der Obmann des Sanitätsausschusses Dr. med. Dietzius stellte selbst den Antrag, die Abgeordneten Dr. Alois Heilinger und P. Stojan zu Referenten zu bestellen, von denen einer ein größerer Beschützer der Techniker ist als der andere. Das offizielle Organ der Genossenschaft, die „Zeitschrift für Zahntechnik" schreibt: „Diese beiden Männer sind den Zahntechnikern seit langem rühmlichst bekannt. Sie haben sich unter Wahrung vollster Objektivität als wahre, aufrichtige Gewerbefreunde erwiesen". Sapienti sat.

Aber, wie glauben die sehr geehrten Herren Führer, kam der Antrag überhaupt ins Parlament. Während unsere Führer sich die Schlafmützen über die Ohren zogen, rannten die Zahntechniker den Ministern die Türen ein; eine Deputation löste die andere ab; überall wirkten sie im Stillen in allen Kreisen, denen die Ärzte als Intellektuelle ein Dorn im Auge sind. Hätten damals unsere Führer eine Gegenagitation inszeniert, so wäre der Antrag überhaupt nicht eingebracht worden. Jetzt. da die Sache halb verloren ist, erheben die Ärzte ihre Stimme, und da erst halblaut. Zu spät . . .

In der konstituierenden Sitzung der großen Kommission „Für das Kind" war das Präsidium mit der Bildung eines entsprechenden Exekutivkomitees betraut worden, das zunächst

Feuilleton.

Ein halbes Jahrhundert Iridektomie.

(Ein Gedenkblatt.)

Von **Prof. S. Klein (Bäringer).**

(Schluß.)

Bei gewissen Formen von Glaukom ist die Iridektomie in der Tat eine Rettung, ein vollkommenes Heilmittel von voller und bleibender Wirkung (akut „entzündliches" Glaukom). Bei manchen Formen ist sie mindestens ein zeitweises Heilmittel und jedenfalls eines, das die Katastrophe — mitunter sogar um ein sehr Bedeutendes — hinausschiebt (die meisten Fälle von chronisch „entzündlichem" Glaukom). In fast allen Fällen gelingt es der Operation wenigstens mancherlei Symptome zu beseitigen. Zu diesen gehören die Schmerzen, die zuweilen ganz enorm sind. Wenn auch das Sehvermögen nicht immer zu retten ist, die wahnsinnigen Schmerzen, die ein überaus häufiger Begleiter der Erkrankung sind und sehr oft noch andauern, nachdem schon das Sehvermögen rettungslos verloren ist, weichen der Operation fast immer. Bei manchen Formen von Glaukom (es sind die meisten Fälle von sogenanntem einfachen Glaukom) nützt die Operation absolut nichts oder kaum etwas. Das Sehvermögen geht trotz des Eingriffs unaufhaltsam verloren. Man kennt diese Fälle sehr genau und vielfach wird auch schon seit langem von der Vornahme der Operation bei solchen abgeraten, wiewohl sie nicht schadet. Es gibt aber auch Fälle, die durch die Iridektomie ungünstig beinflußt werden. Man kennt auch diese Fälle ziemlich genau und man weiß für die meisten dieser Fälle das zu erwartende konträre Resultat vorauszusagen und unterläßt deshalb die Operation.

Immerhin kann man sagen, die Kultivierung des kostbaren Erbstückes, das uns v. Graefe hinterließ, brachte uns manche Enttäuschung. Aber keineswegs nur Enttäuschung. Wollten wir mit dem Dichterfürsten klagen: „Wie groß war diese Welt gestaltet, so lang die Knospe sie noch barg, wie wenig, ach, hat sie entfaltet, dies Wenige wie klein, wie karg", so wären wir undankbar, ungerecht und stünden nicht im Dienste der Wahrheit. Nur die ersten zwei Verszeilen entsprechen dem Tatsächlichen, die letzten zwei nicht. Wenn auch manches nicht in Erfüllung ging, so blieb noch immer so viel Dauerndes, Unvergängliches im v. Graefes Vermächtnis, daß dieser Teil allein einen Fortschritt in der wissenschaftlichen Heilkunde bedeutet, welchem wenig andere Errungenschaften an die Seite gesetzt werden können.

Namentlich die Erfolglosigkeit beim „einfachen" Glaukom entwertet den Satz: „Iridektomie heilt das Glaukom", wenig. Diese Form war vorher ganz unbekannt. Die alten Ärzte kannten sie gar nicht, und die Zeitgenossen von v. Graefes Anfangsbemühungen fingen erst an, sie kennen zu lernen; denn sie ist ja doch nur der Erkennung durch den Augenspiegel zugänglich. Das Äußere des Auges zeigt doch dabei keinerlei Abweichung vom normalen. Eine wesentliche Ein-



die Geschäftsordnung für sich und die große Kommission zu entwerfen und weiterhin alle Anträge für die letztere vorberaten sollte.

Am 14. Juli trat dieses Exekutivkomitee im Ministerratspräsidium zu seiner ersten Sitzung zusammen.

Der Vorsitzende erstattete zunächst einen eingehenden Bericht über den dermaligen Stand der Aktion in Wien und in den Kronländern, sowie über die Höhe der eingegangenen Spenden.

Über den zweiten Punkt der Tagesordnung: Verfügung über die eingelaufenen Spenden entwickelte sich eine eingehende Debatte, an der sich fast alle Mitglieder beteiligten und die in den folgenden, einstimmig beschlossenen Antrag ausklang:

„Aus den der Zentrale zur Verfügung stehenden Geldern werden Musteranstalten errichtet. Jedes Kronland sammelt für sich; doch wird die Erwartung ausgesprochen, daß die Länder nach einem von ihnen selbst zu bestimmenden Ausmaß einen Teil der gesammelten Gelder der großen Kommission für die gedachten, den Angehörigen aller Kronländer zugute kommenden Musteranstalten zur Verfügung stellen werden. Den Ländern wird unbeschadet ihres autonomen Verfügungsrechtes über die im Lande gesammelten Spenden empfohlen, sich bezüglich der Verwendung dieser Gelder im Lande an die von der großen Kommission gegebenen Direktiven zu halten“.

Eine nicht minder eingehende Diskussion knüpfte sich an den weiteren Beratungsgegenstand: Verwendung der Gelder, wobei insbesondere zwei Projekte, und zwar die Errichtung von Anstalten für die verwahrloste Jugend in Anlehnung an das zu gewärtigende Jugendfürsorgegesetz und die Organisation des Säuglingsschutzes, lebhaft erörtert wurden.

Die von den Vertretern dieser beiden Anregungen sehr eingehend geführte Debatte endigte mit der einstimmigen Annahme des nachstehenden, von Dr. Baernreither formulierten Vorschlages:

Die große Kommission bezieht alle in den Bereich des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge fallenden Veranstaltungen in den Kreis ihrer Tätigkeit ein. In erster Reihe ist eine Anstalt für verwahrloste Kinder, die vorbildlich zu wirken bestimmt wäre, zu errichten, zugleich aber sind die geeigneten Vorstudien einzuleiten, um eine Organisation für Säuglingsschutz und für Mutterschulen sobald als möglich ins Leben rufen zu können.

Der 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin.

(Fortsetzung.)

Über ein neues Rüstzeug in der Bekämpfung der bösartigen Geschwülste berichtet Czerny in seinem Vortrage über Blitzbehandlung der Krebse. Unter Blitzbehandlung verstehen wir die durch 5—40 Minuten lang fortgesetzte Bestrahlung der Geschwülste durch kräftige Blitzfunkenbündel, die von einem (Tesla) Strom von außerordentlich hoher Wechselzahl und Spannung durch einen Metallpol in 2 bis 6 *cm* Entfernung mit häufigem Ortswechsel unter gleichzeitiger Kühlung durch ein Kohlensäure- oder Luftgebläse abgegeben werden. Die Wirkung dieser Blitzstrahlen ist erhitzend, belichtend, mit hohem Gehalt ultravioletter Strahlen und chemisch zersetzend, wobei Zelleibstoffe zertrümmert werden. Diese Bestrahlungen sollen aber die chirurgisch-operative Behandlung der bösartigen Geschwülste nicht verdrängen oder ersetzen, sondern als Unterstützungsmittel ergänzen, ihre Dauerwirkung erhöhen und ihr Wirkungsgebiet vergrößern. Man muß daran festhalten, daß die Mitwirkung nicht weit in die Tiefe geht, deswegen hat der Operateur zunächst die Aufgabe, den krebsig entarteten Boden der Geschwulst, von dem aus das Weiterwuchern im Körper vor sich geht, an das Tageslicht zu bringen, durch möglichste Ausrottung der darüber liegenden Geschwulstmassen im ganzen. Tiefer liegende Geschwülste sollen zuerst durch das Messer freigelegt, beblitzt, dann erst ganz ausgerottet werden und das Wundbett soll dann abermals gründlich geblitzt und die Wunde nach gewöhnlichen chirurgischen Grundsätzen behandelt werden. Ob es genügt, wie de Keating-Hart behauptet, wenn man bloß die fühlbaren Knoten entfernt, oder ob man breit im Gesunden operiert, ferner ob durch die Blitzbehandlung die Gefahr der Wiederkehr der Geschwulst wesentlich vermindert wird, kann erst eine längere Beobachtungs- und Erfahrungsdauer lehren. Bei inoperablen Krebsen kann die Blitzbehandlung günstig auf die Blutung, Jauchung und die Schmerzen einwirken. Heilungen wird sie unter diesen Umständen nur dann herbeiführen, wenn es gelingt, mit der Blitzbehandlung und dem scharfen Löffel alle Krebszellen zu zerstören. Bei unvollständiger Zerstörung der Krebszellen kann manchmal das Wachstum beschleunigt, die Kräfte des Patienten rascher aufgezehrt, der Verfall befördert werden. Da die Blitzbehandlung schmerzhaft ist, wird eine Narkose nur selten entbehrt werden können. In der Er-

---

schränkung des obigen Lehrsatzes bedeutet erst die Erfahrung, daß auch Glaukomformen, die auch den früheren Ärzten bekannt waren, bei welchen äußerlich am Auge charakteristische Veränderungen gefunden werden, der Operation souverän widerstehen können, noch mehr, daß einzelne Glaukomfälle, die einer seit v. Graefe wohlbekannten und wohlcharakterisierten Form angehören, trotz tadelloser Operation ihr widerstehen und die befallenen Augen dem Untergange — wenn auch nach längerer Zeit — geweiht sind. Dies ist deswegen besonders peinlich, weil der Arzt berechtigt ist, eine gute Vorhersage zu machen und dann von dieser im Stich gelassen wird. Wiewohl diese Fälle Ausnahmen bilden, aber Ausnahmen, die nicht zu selten sind, so heben sie die Allgemeingültigkeit des obigen Satzes auf. Die Operation leistet in diesen Fällen höchstens das, daß die Erblindung nicht sofort oder nicht so früh erfolgt als sie ohne Operation erfolgt wäre.

Wenn man daher auch eingestehen muß, daß mit der Zeit und mit der Häufung der Erfahrungen gar manche schöne Hoffnung, die an die neue Methode geknüpft wurde, zu Grabe getragen wurde, so weiß man doch heute nach 50 Jahren sicher und unwiderleglich, daß noch immer so außerordentlich viel Bleibendes, Reelles und unschätzbar Wertvolles von ihr übrig bleibt, daß dieser Rest einen ungeheueren und kaum zu bemessenden Fortschritt bedeutet. Wenn auch nur der einzige Satz richtig ist: „Ohne Operation ist jedes an Glaukom — welcher Form immer — erkrankte Auge ausnahmslos und rettungslos verloren, die Operation aber kann noch immer manches salvieren, was sonst verloren ist“, und der Satz ist unbedingt richtig, so ist der Wert der Heilmethode schon dadurch allein gekennzeichnet und gefestigt. Diese Errungenschaft ist bleibend. Durch die Operation werden doch sehr viele Augen bewahrt und wenn auch manche nicht, so haben diese doch nichts dadurch verloren; denn jene sehr wenigen Fälle, denen die Operation wirklich schadet, kennt man doch genau, sie bilden eine verschwindend seltene Ausnahme und sie werden eben nicht operiert. Überdies bestünde der Schaden im Falle der Operation nicht etwa darin, daß diese die Erblindung brächte, während ohne Operation etwa die Sehkraft erhalten bliebe. Das nicht. Die Erblindlung ist unausbleiblich, auf jeden Fall. Nur könnte es in diesen genau gekennzeichneten wenigen Fällen vorkommen, daß die Operation den Eintritt des Endes beschleunigen würde und aus diesem Grunde wird sie nicht gemacht.

Die Eröffnung neuer Wege durch v. Graefe für die Behandlung der in Rede stehenden tückischen Krankheit hatte noch weitere Folgen. So wie es der „Fluch der bösen Tat ist, fortzeugend Böses zu gebären“, so ist es der Segen der guten Tat, weiteres Gutes zu bringen. Die von den zahlreichen Freunden, Schülern und Nachfolgern v. Graefes emsig betriebenen Forschungsarbeiten bereicherten die Kenntnisse von der Wesenheit des Glaukoms, und wenn es auch noch nicht



örterung zu diesem Vortrag teilen Sonnenburg und Abel, Rosenkranz, Berlin, Krumm, Karlsruhe, Perthes, Leipzig, Kurt Schulze, Berlin, ihre wesentlich gleichen Erfahrungen mit, wobei Sonnenburg noch auf die günstige Einwirkung der Ozonentwicklung auf die Wundheilung hinweist und Funke, Wien, die Einwirkung von Radium auf bösartige Geschwülste bespricht, die sich aber auch nur auf die Oberfläche bezieht.

Die Verhandlungen der Nachmittagssitzung beschäftigen sich mit der Überpflanzung von Geweben und Organteilen zum Ersatz von solchen, die durch Operation verloren gegangen oder durch Krankheit so zerstört worden sind, daß ihre lebensdienlichen Verrichtungen aufgehoben sind. Um solche Organe mit ihrer Verrichtung auch in einem fremden Körper erhalten zu können, bedürfen sie natürlich fortdauernder Ernährung, sei es nun auf dem Boden eines Muttergewebes, das sie in sich aufnimmt und als ganzes erhält, oder, wie Garré, Bonn, es im Tierversuch mit Erfolg gemacht hat, daß die zu- und abführenden Blutgefäße der ganzen Organe, z. B. der Nieren, so durch Naht in die von den ausgerotteten Organen übrig gebliebenen Gefäßstümpfe eingepflanzt werden, daß das Blut die überpflanzten Organe durchströmen und ernähren kann. Payr, Greifswald, hat vor zwei Jahren von einem Kinde berichtet, das aus dem Zustand vollkommen angeborenen Blödsinns und Körperschwäche durch Überpflanzung von Schilddrüsen in die Milz herausgebracht werden konnte. Im Anfang hat dieses Kind höchst bemerkenswerte Fortschritte im körperlichen und Seelenleben gemacht. Nach dem heutigen weiteren Bericht ist die körperliche Entwicklung durch ein Darmleiden im vorigen Sommer allerdings aufgehalten worden und es ist zu allgemeinen Drüsenschwellungen und Milzschwellung gekommen; leider haben auch im Seelenleben die in den ersten Monaten ausgezeichneten Fortschritte nicht im gleichen Maße angehalten, das Kind scheint sich auf einer gewissen Stufe geistiger Entwicklung zu halten. Nach dem Payrschen Vorgang ist auch Czerny, Heidelberg, verfahren, allerdings ohne daß er den Patienten am Leben erhalten konnte. Kocher, Bern, hat dafür mit sehr gutem Erfolge die Überpflanzung von Schilddrüsengewebe in das nach mancher Richtung hin verwandte Knochengewebe vorgenommen, ein Verfahren, das sich auch durch größere Einfachheit der Ausführung und Sicherheit empfiehlt, ebenso wie es Müller, Rostock, gemacht hat, der für die fortschreitende Verstandestätigkeit in einem Fall — „wenn man will“ — anführt, daß der junge Mensch vor der Operation als Lebensziel „Soldat werden“ angab und nach der Operation — „Professor“. Mit der Überpflanzung von bestimmten für die Organverrichtung als notwendig angesehenen Deckzellkörperchen zur Verhütung von Starrkrampf, der nach Schilddrüsenverlust sehr leicht eintritt, in das Knochengewebe haben auch Garré, Bonn und Eiselsberg, Wien, gute Erfahrungen gemacht. Im Anschluß daran machen Moskowicz und v. Haberer, Wien, sowie Schmieden, Berlin, Mitteilung über die Gewebsveränderungen, die sie bei Überpflanzung von Nebennnieren in die Nieren gefunden haben.

Für das tägliche Leben von noch größerer Wichtigkeit sind noch die Erfahrungen, die man im Verpflanzen und Einpflanzen von Knochenstücken gemacht hat. Lexer, Königsberg, hat solche freie Knochenstücke meist zum Ersatz von Lücken im Schädeldach, zum Ausgleich von Gesichtsverunstaltungen, zum Ersatz von großen und kleinen Röhrenknochen aus abgesetzten Gliedern entnommen. In einem Fall wurde ein ganzes Nasengerüst aus einem herausgenommenen Gelenkteil des Oberschenkelknochens gebildet und eingesetzt. Es ist ihm gelungen, durch Übertragung von großen Röhrenknochen samt dem Gelenkknorpel in Fällen, in denen wegen Geschwulstbildung die betreffenden Knochen entfernt werden mußten, ein bewegungsfähiges Gelenk einzusetzen, ebenso wie in einem anderen Falle, wo aus einem steifen Kniegelenk ein bewegliches Gelenk auf diese Art erzielt wurde. Zu demselben Gegenstande berichten über einschlägige gute Erfolge Heidenhain, Worms, Brentano, Neumann, Berlin, Braun, Haxhausen, Berlin, Löwenfeld, Utrecht. Über die Vorbedingungen des richtigen Einheilens von Knochen waren früher die Meinungen nach den Ergebnissen von Gewebsuntersuchungen geteilt, auch Barth, Danzig, ist, wie Lexer, Königsberg, jetzt der Ansicht, daß im Zusammenhang mit der Knochenhaut der überpflanzte Knochen seine Lebensfähigkeit behält, wogegen Kausch, Schöneberg, meint, daß zwar nicht Knochen aus Leichen, aber toter und nur sorgfältig vorbereiteter Knochen mit voller Erhaltung heilen könne. Man hat auch zur Verbesserung und notwendigen dauernden Erhaltung von bestimmten Gelenk-

---

gelang, diese ganz klar zu stellen, so wurde doch mancher Einblick in dieses Düster erschlossen und so manche heilsame Tat gezeitigt. Man lernte mancherlei Arzneistoffe kennen, die Myotica, wie Eserin, Physostigmin, Pilokarpin, welche einen unzweifelhaften Einfluß auf den glaukomatösen Vorgang nehmen und welche somit in gewissem Sinne das Glaukom heilen. Das heißt, eine derartig volle Heilung, wie durch die Operation, wird durch sie nicht bewirkt, aber eine zeitweilige Heilung. Und auch das ist schon ein großer Gewinn.

Es gehört nämlich zur Voraussetzung einer erfolgreichen Gestaltung der Glaukomoperation, nicht nur daß sie in vorgeschriebener, technisch vollkommen korrekter, kunstgerechter Weise ausgeführt, sondern auch, daß sie rechtzeitig gemacht werde. Mitunter tritt die Krankheit so plötzlich und so stürmisch auf und verläuft so rapid, daß in kürzester Zeit, in wenigen Tagen, ja mitunter in 24 Stunden, die unheilbare Erblindung perfekt ist (akutes oder gar fulminierendes Glaukom). Da kann man nicht schnell genug eingreifen. Wird mit der Operation gezögert, so bleibt keine Rettung. Die zu spät gemachte Operation ist ganz oder fast ganz wirkungslos. Aber auch bei solchen augenscheinlich verlorenen Fällen kommt es vor, daß ganz unerwartet und zur großen Überraschung ein kleiner Teil des verlorenen Sehvermögens wieder zurückkehrt. Jedenfalls ist in dieser Richtung durch die oben erwähnten Arzneimittel einige Besserung der Situation erreicht. Sie ermöglichen einigermaßen ein Zuwarten. Sie bringen einzelne Erscheinungen zum Schwinden, freilich ist ihre Wirkung nur vorübergehend, man muß die Mittel öfters verwenden und sie ersparen nicht den blutigen Eingriff. Aber man gewinnt ein wenig Zeit, falls sofortiges Operieren auf unbesiegbare Hindernisse stößt, was bei akuten Fällen, bei denen Gefahr im Verzuge liegt, von hohem Werte ist.

Auch bei langsam verlaufenden (chronischen) Fällen ist ihr Wirken wertvoll, man muß nicht sofort zur Operation sich entschließen, erspart wird diese freilich auch da nicht.

Die gedachten Mittel haben auch den Nutzen, daß sie in Fällen, in denen die Operation unvollkommen wirkte, nachträglich längere Zeit angewandt, den Effekt jener unterstützen und steigern. Besonders nützlich erweisen sie sich in den von der Operation auszuschließenden Fällen (hämorrhagisches Glaukom und jene obengedachten Fälle, bei welchen die Iridektomie schadet), indem sie das Los der Unglücklichen wenigstens eine Zeitlang erträglicher gestalten, die Schmerzen lindern und zuweilen sogar die Kraft haben, das traurige Ende aufzuhalten.

Eine weitere Neuerung ist die substituierende Sklerotomie, jener operative Eingriff, welcher viel einfacher und leichter ausführbar, als die Iridektomie, diese ganz ersetzen, mit ihr gleiche volle Wirkung haben sollte, welche freilich nach mancherlei Irrgängen von diesem hohen Postament gestürzt, aber doch nicht ganz aufgegeben wurde, indem man endgültig erkannt hat, daß der einfache Skleralschnitt in jenen Fällen, in denen die Iridektomie ein zu gefährlicher Eingriff wäre (z. B. Hydrophthalmus congenitus, infantiles Glaukom) nicht ganz wertlos ist. Auch in jenen Fällen leistet sie einiges, in welchen schon vielfache Iridektomien — denn es gibt Glaukome, die eine zwei-, selbst drei- und auch mehrfache Ausführung dieses Eingriffes erfordern — gemacht wurden, ohne den vollen dauernden guten Effekt zu bringen.

In beiläufig die gleiche Kategorie dürfte die allerneueste Phase der Bestrebungen, Ersatz für die Iridektomie zu suchen,



stellungen bei gelähmten Gliedern mit Erfolg Knochenbolzen verwendet, so ist dies von Rehn, Frankfurt und Lexer, Königsberg, geschehen. Bemerkenswert ist noch die von Funke, Wien, mitgeteilte Einheilung einer handtellergroßen Zelluloidplatte zur Deckung einer Schädeldachlücke, die schon seit einer Reihe von Jahren bestand.

Die Verhandlungen vom 22. April begannen mit Erörterungen auf dem Gebiete der Lehre von der Betäubung zum Zweck der Operationen. Der Wettkampf zwischen den heute üblichen Verfahren geht nicht mehr so sehr um die Erzielung einer vollkommenen Schmerzlosigkeit als um die Kunst, die unangenehmen Begleiterscheinungen und gefährlichen Nachwirkungen auszuschließen, natürlich unter Voraussetzung möglichst vollkommener Gefahrlosigkeit für das Leben. Im Anfang dieser Bestrebungen hatte man nur das Mittel vollkommener Betäubung. Hinzu kamen die Verfahren, welche eine örtliche Gefühllosigkeit erzeugen sollten, sei es nun für alle Empfindungen z. B. auch der Berührung usw. oder für die Schmerzempfindung allein. Diese Empfindungslosigkeit konnte entweder am Ort des Eingriffes selbst oder durch Beeinflussung der zugehörigen Nervenstämme mittels Einspritzungen von Stoffen in das Rückenmark nach den grundlegenden Untersuchungen von Bier erzielt werden. Dem mit der Erhaltung des Bewußtseins während des Eingriffes meist verbundenen Druck auf das Seelenleben, welcher auch die körperliche Widerstandskraft höchst ungünstig beeinflußt, wurde durch Einverleibung von Stoffen unter die Haut nach dem Vorgange von Schneiderlin und Korff begegnet, welche einen tiefsten Schlaf, einen sogenannten Dämmerzustand erzeugen, bei dem die Leidenden auf anscheinend natürliche Weise in Schlaf verfallen, aus dem sie ohne Erinnerung an den Eingriff nach einiger Zeit erwachen. Neuver, Kiel, hat mit dieser Art der Schlaferzeugung durch Skopomorphen außerordentlich befriedigende Erfahrungen gemacht und rühmt als besonderen Vorzug die Verhütung der gefürchteten Lungenentzündung nach allgemeiner Betäubung. Aber auch an dem anderen Verfahren zur Erzeugung von Schmerzlosigkeit werden immer neue Verbesserungen ausgeprobt. Die vom Rückenmark aus eingeleitete Schmerzaufhebung konnte früher mit einer gewissen Sicherheit nur an der unteren Körperhälfte erzielt werden. Gillmer, München, hat auf Grund der Thierversuche von Ehrhardt, München durch Beifügung von Gummischleim im Verhältnis von 3 : 100 den Bereich der Empfindungslosigkeit an Menschen auch in einem Versuche an sich selbst bis zum Kopfe ausgedehnt. Freilich mußten dabei als üble Nachwirkungen zuweilen Kopfschmerzen in Kauf genommen werden. Als Ursache für derartige und ähnliche Nachbeschwerden sind von Dönitz, Berlin, früher die mechanischen und chemischen Einwirkungen der Einspritzung gewürdigt worden. Hiezu kommt noch das Wärmeverhältnis des eingespritzten Mittels, von dem er einen Teil der Beschwerde ableitet und die er jetzt durch Vorwärmung in einem Thermophorkasten verhüten will. Nicht im Einklang mit dieser Deutung stehen die Versuchsergebnisse von Oelsner, Berlin, der gerade von Einspritzung von eiskalter Kochsalzlösung zwar keine Schmerzlosigkeit, aber auch keine üble Nachwirkungen beobachtete. Ein neues Verfahren, eine rein auf das Eingriffsgebiet beschränkte Schmerzlosigkeit bei den großen eingreifenden Gliedoperationen herbeizuführen, wo die örtlichen Verfahren sonst versagen, hat Bier, Berlin, ausgearbeitet. Im wesentlichen bestehen sie darin, daß in einem zwischen zwei elastischen Binden abgegrenzten Gliedabschnitt eine größere Flüssigkeitsmenge (100—150 *cm*³) einer $^1/_4$% Novokainlösung durch die Blutadern dieses Bezirkes hindurchgespritzt wird. Solange diese Flüssigkeit sich hier aufhält, besteht der gewünschte Erfolg, der mittelbar sich auch nach dem Gliedende zu ausgebreitet hat. Durch Lösung der Bindengänge und Befreiung der zuführenden Schlagader von der Abschnürung kann nach Wunsch das Mittel herausgeschwemmt werden, so daß jede Gefahr einer etwaigen Allgemeinvergiftung mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Die Verhandlungen gehen über zu Erörterungen, die Forschungen auf dem Gebiet des Kleinlebewesens betreffen. Müller und Peiser, Breslau, zeigen, daß in dem Blute der an Eiterungen leidenden gewisse Schutzstoffe vorhanden sind, die, durch den Aderlaß aus dem Körper gewonnen, in örtlicher Berührung mit der Wunde dazu dienen können, das Eitergift zu zerstören. Koch, Berlin, stellt auf der Einwirkung aus Blutfarbstoff beruhende Unterscheidungs-

---

eingereiht werden, das ist die sogenannte Cyklodialyse, die Ablösung des Ziliarkörpers von der skleralen Unterlage, über welche aber noch zu wenig Erfahrungen vorliegen und welche erst noch studiert werden muß, durch welche aber höchst wahrscheinlich die Iridektomie ebensowenig verdrängt werden wird, wie durch die Sklerotomie.

Das ist heute der Stand der Lehre, mit welcher Hand in Hand auch die Technik des Verfahrens eine große Vervollkommnung erfuhr. Alles in allem ist mit v. Graefes Leistung der Heilkunde ein bis dahin noch ganz unzugängliches Gebiet erobert worden, von welchem sie auch dauernden Besitz ergriffen hat.

Fünfzig Jahre sind ein genügend großer Zeitraum, um über ein seither durch viele hunderte von auf der Höhe ihrer Aufgabe stehenden Fachgenossen ununterbrochen geübtes Heilverfahren ein abschließendes Urteil zu ermöglichen. Dieses Urteil kann dahin zusammengefaßt werden, daß durch die Glaukom-Iridektomie der Menschheit eine segenspendende, nimmer schwindende Wohltat erwachsen ist, wie deren gleichen in der Geschichte der Zivilisation nur wenig andere verzeichnet sind. Und heute darf die Mit- und Nachwelt, die Zeugen dieser Wohltat, ob Arzt, ob Laie, aufjauchzen, dieses Zeitalter erlebt zu haben.

Wie peinvoll und niederdrückend mußte es doch sein, wenn man früher jeden Glaukomkranken ausnahmslos mit dem schmerzlichen Hinweise auf unsere absolute Ohnmacht ohne Hilfe und ohne Trost fortschicken mußte, und mit dem sicheren Geleitschein, daß die unheilbare Blindheit nunmehr seine Domäne fürs ganze Leben bleibt.

Wie erhebend ist es jetzt, daß einem solchen Kranken mit einem gewissen Grade von Gewißheit das Versprechen geleistet werden kann, von seinem Übel durch einen verhältnismäßig leichten Eingriff befreit und in den dauernden Besitz des Kostbarsten und Edelsten, was der Mensch hat, des Augenlichtes, gebracht zu werden und in anderen Fällen es ihm wenigstens noch für längere Zeit zu erhalten, in noch anderen, mindestens einen kleinen Bruchteil des Sehvermögens zu retten.

Wem gebührt der Lorbeer, dem, der dies zustande brachte und für künftige Zeiten als Erbe zurückließ, oder dem, der in vielen, wenn auch siegreichen Schlachten zahllose Menschen dem Tode oder der Verkrüppelung zuführte?

Wiewohl v. Graefe hinreichend Dank und Ehren erfuhr in seinem kurzen Leben und obwohl auch seinen Manen die gebührende Huldigung nicht versagt blieb (ein schönes Denkmal aus Erz auf einem öffentlichen Platze seiner Vaterstadt Berlin erinnert an sein großes Wirken) muß man sein Geschick doch als tragisch bezeichnen, weil er in der Blüte seiner Jahre, kaum 42 Jahre alt, ehe er den Zenith seines Schaffens erreicht hatte, dahingerafft wurde. Vielleicht aber ist es noch richtiger mit Rücksicht auf die Überlebenden und kommenden Geschlechter, denen dadurch noch so manche zu erwartende Großtat des Meisters entging, das Schicksal dieser als tragisch aufzufassen. Denn nicht sich, vielmehr seinen Mitmenschen und Nachkommen ist v. Graefe abgestorben. Heute aber ist es am Platze, sich in höchster Dankbarkeit dieser „Zierde des Menschengeschlechtes“ zu erinnern, der das mächtigste Denkmal, haltbarer als Erz und Stein, selber sich errichtete. Es sind dies seine Werke und Taten, die wohl viele Generationen überdauern und Zeugnis ablegen werden von seinem gewaltigen schöpferischen Geiste und von seiner außerordentlichen Menschenliebe.



merkmale zwischen giftigen und harmlosen Keimen aus der Haut auf. Wie lebhaft das Bedürfnis von den Chirurgen empfunden wird, die Hautoberfläche möglichst keimarm oder wenigstens ungefährlich für den Austritt von Keimen zu machen, und auf wie verschiedene Art man der Gefahr ihrer Verschleppung in die Wunden zu begegnen sucht, zeigen die Mitteilungen der folgenden Redner. Der Schluß der Vormittagssitzung wurde durch Vorträge aus dem Gebiete der Hirnchirurgie ausgefüllt. In der Nachmittagssitzung teilte Kocher, Bern, zunächst die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Blutveränderungen bei der Basedowschen Krankheit mit. In den folgenden Vorträgen werden Mitteilungen gemacht über die Verletzungen der großen Schlagadern, voran steht eine bisher noch einzig dastehende erfolgreiche Ausschneidung eines Abschnitts der großen Bauchschlagader mit Naht des Gefäßes nach den Vorschriften von Stich-Garré wegen einer Nervengeschwulst, bei deren Ausräumung dieses Gefäß durchrissen wurde. Martin, Köln, hat am Arm in gleicher Weise Gefäße durch Naht erhalten können. Doberauer, Komotau, hat die Gefahr des Brandigwerdens des Gliedes bei Unterbindung der zuführenden Gliedhauptschlagader zweimal dadurch verhütet, daß er die Blutzufuhr durch allmähliche Zuschnürung der Hauptgefäße so lange verlangsamte, bis eine gewisse Gewöhnung an die Blutleere im Gliede eingetreten war.

(Fortsetzung folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Die Pettenkofersche Theorie stellt es in ihrer ursprünglichen Form, die in dieser Hinsicht von ihrem Begründer auch nicht modifiziert wurde, keineswegs in Abrede, daß eine Übertragung des Krankheitsstoffes vom Kranken auf den Gesunden Platz greifen könne, nur zum Zustandekommen einer Epidemie gehöre ein für die Reifung des Keimes günstiger und geeigneter Boden, während andernfalls es beim Auftreten einzelner sporadischer Fälle bliebe. Die allgemein verbreitete Vorstellung über das Wesen der Wasserepidemie, wonach „explosionsartig“ von einer Infektionsquelle aus gleichzeitig der Infektionsstoff verstreut wird, scheint mir nun mit der Lokalistenlehre nicht im Widerspruche zu stehen, die viel eher für die langsam fortkriechenden Kontaktepidemien und sekundären Infektionen im Gefolge von Wasserepidemien ihre Einwände geltend machen sollte. Wasserinfektion aber ist primäre Infektion und muß daher ebenso möglich sein wie die feststehende und auch von den Lokalisten ursprünglich nicht geleugnete Infektion von bei Typhuskranken beschäftigten Pflegepersonen. Und wäre nicht überdies der Fall in Betracht zu ziehen, daß einmal auch „gereifter“ Infektionsstoff Gelegenheit fände, eine Wasserversorgung zu verseuchen? Mir war es nie recht verständlich, daß in so schroffer Weise gegen die Wasserinfektion Front gemacht werden konnte, wenn man die Erfahrungen der in der Regel in ihrem Verlaufe klareren Milchepidemien berücksichtigte, die doch so viele Analogien mit den Wasserinfektionen aufweisen!

Die Übertragung und Verbreitung von Infektionen durch Trinkwasser darf wohl als feststehende Tatsache und der Streit um sie als ein müßiger gelten. Hingegen wären weitere Beobachtungen und Erfahrungen über die Rolle, die das Nutzwasser für die Verbreitung von Epidemien spielt, recht wünschenswert, da unsere bisherigen Kenntnisse hierüber zu dürftige sind. Wir Hygieniker sind gewohnt, an Nutzwasser, das im Haushalte, zur Bereitung von Speisen und im ungekochten Zustande in der Nahrungsmittelindustrie Verwendung findet, die gleichen Anforderungen zu stellen wie an Trinkwasser. Gewiß mit Recht, denn die Möglichkeit einer Infektion in solchen Fällen ist, auch abgesehen davon, daß das „Nutzwasser“ z. B. wegen seiner niedrigeren Temperatur oder aus Bequemlichkeit nicht selten getrunken wird, gewiß jederzeit gegeben. An diesen Grundsätzen soll auch nicht gerüttelt werden. Different sind die Anschauungen nur darüber, inwieweit tatsächlich Epidemien auf ein solches verwendetes Nutzwasser zurückgeführt werden müssen und ob auch Nutzwasser anderer Art, wie Badewasser, Wasser zum Besprengen der Straßen usw. von den strengeren Anforderungen getroffen werden soll.

Da man sich beispielsweise meist begnügt, von Badeplätzen in Flußläufen notorisch unreine Zuflüsse, wie solche durch das Einmünden von Schmutzwasserkanälen in das offene Gerinne zustande kommen, fernzuhalten, in der Regel aber nicht grundsätzlich gegen Flußbäder Stellung nimmt, anderseits häufig für Wasser, das im Hause zu Badezwecken dient, ein wesentlich höherer Reinheitsgrad gefordert wird, ist die Frage jedenfalls kontrovers und der Klärung bedürftig, wobei insbesondere zu berücksichtigen sein wird, daß die Infektionsgefahr des Badewassers weniger in seiner natürlichen Beschaffenheit als in der besonderen Art seiner Benützung (durch Badende infiziertes Wasser) gelegen ist.

Der Wirkungskreis nun des hygienischen Fachmannes in den Fragen der Wasserbegutachtung wird sich am besten überblicken lassen, wenn wir uns vor Augen führen, unter welchen konkreten Umständen sein Urteil erwünscht ist. Ohne daß hiemit seine Tätigkeit erschöpfend charakterisiert würde, dürften von den Fällen, die Anlaß zu seiner Intervention bieten, am häufigsten in Betracht kommen: Die Eignung einer bestehenden Wasserversorgung für Genuß- und Brauchzwecke; die Entscheidung, ob eine bestehende Wasserversorgung verunreinigt ist, beziehungsweise als die Ursache von den tatsächlich beobachteten Erkrankungen angesehen werden kann; die Assanierung einer schlecht konstruierten oder notorisch infizierten, beziehungsweise infektionsverdächtigen Bezugsquelle, die Unschädlichmachung infizierten oder infektionsverdächtigen Wassers; die Teilnahme an den Vorarbeiten für eine projektierte Wasserversorgung; die fortlaufende Kontrolle einer Wasserversorgung. Wie die Zusammenstellung zeigt, ein recht weites und vielseitiges Feld für eine fachmännische Betätigung, aber sicher nicht mehr, als im Interesse der Sache gefordert werden muß!

Versuchen wir es, die angeführten Beispiele noch weiter aufzulösen und auf die Grundfragen der hygienischen Wasserbegutachtung zurückzuführen, so sehen wir, daß es fast in allen Fällen unsere Aufgabe ist, uns über die Eventualität des Hineingelangens von den pathogenen Keimen in das Wasser ein Urteil zu bilden und andererseits darauf zu achten und entsprechende Vorkehrungen zu treffen, daß eine solche Infektion verhütet oder wenigstens so unwahrscheinlich wie möglich gemacht wird. Diagnose und Prophylaxe gehen hier Hand in Hand und ermöglichen nicht selten die Lösung interessanter und dankbarer Aufgaben.

Viel weniger erfolgreich ist jene Seite unserer Tätigkeit, die auf die Heilung konstatierter Gebrechen, auf die Unschädlichmachung verunreinigten Wassers gerichtet ist. Mitunter mag ja durch bauliche Rekonstruktionen an den Anlagen, durch Verschließen seitlicher Sickerschlitze bei Brunnen, durch Entfernung oberflächlich gelagerter Drainrohre bei Quellfassungsanlagen oder durch Beseitigung einer ungünstig situierten Senkgrube usw., eine Assanierung erreicht werden, die zu einer ausreichenden Verbesserung der Wasserqualität führt, häufig sind aber selbst einschneidende Operationen ohne Wirkung, so daß nicht selten die Sperrung der Anlage und die Errichtung einer neuen, einwandfreien die ultimo ratio ist.

Noch weniger aussichtsvoll sind im allgemeinen die bisherigen Versuche gewesen, ein notorisch infiziertes Wasser durch bestimmte Reinigungsverfahren unschädlich zu machen. Hier lassen uns die meisten der empfohlenen Mittel im Stich, wenigstens sind bei exakter Nachprüfung bisher fast regelmäßig wenig günstige Resultate erzielt worden. Es gilt dies in erster Linie für die chemischen Zusätze zum Wasser, deren Zahl fast Legion ist.

Als relativ noch am meisten geeignet hat sich Sch. nach Versuchen von H. Reichel die Sterilisierung von Wasserproben mittels Wasserstoffsuperoxyd erwiesen. Auch bei einer möglichst vervollkommneten Methodik (Zerstörung des über-



schüssigen Wasserstoffsuperoxyds durch äquivalente Mengen von Natriumsulfit und Versetzen von großen Quantitäten Wassers mit Pepton und Nährsalzen) ließen sich in den desinfizierten Proben Typhusbazillen, die in reichlicher Menge eingebracht worden waren, durch die Kultur nicht mehr nachweisen. Der einzige Nachteil, der dem Verfahren anhaftet, liegt in der langsamen Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds (12—24 Stunden), indem Konzentrationen über 0·5 bis 1‰, die in kürzerer Zeit zur Sterilisierung führen, wegen der bereits deutlich wahrnehmbaren Geschmacksveränderung des Wassers nicht gut gewählt werden können.

Kleinfilter sind mitunter bei sachgemäßer Verwendung von günstiger Wirkung, wegen mancher gewichtiger praktischer Nachteile aber, wie der Notwendigkeit, die Filterelemente häufig zu erneuern, wegen der öfters nicht ganz gleichmäßigen und vom Konsumenten nicht kontrollierbaren Herstellung der Steine, wie bekannt, doch auch zur allgemeinen Anwendung nicht recht geeignet.

Auch die Versuche, infizierte Brunnen zu desinfizieren, haben bisher zu nicht sehr ermutigenden Resultaten geführt und sind überdies nur dann angezeigt, wenn die unreinen Zuflüsse zum Brunnen aufgehört haben oder beseitigt sind und es nur darauf ankommt, die etwa noch im Brunnen vorhandenen Infektionserreger abzutöten. Bei einzelnen Rohrbrunnen, Rohrleitungen und kleineren Schachtbrunnen mag durch Ausdämpfen mit reichlichen Quantitäten gespannten Dampfes oder durch Spülen mit verdünnter Schwefelsäure eine Sterilisierung erreichbar sein, bei großen Kesselbrunnen und Rohrbrunnenbatterien wird man aber die aussichtslose Prozedur entweder ganz unterlassen oder jedenfalls erst nach gründlichster mechanischer Reinigung vornehmen. Es wird überdies noch in experimentellen Versuchsreihen zu prüfen sein, wie sich denn die im Brunnenschlamm vorfindlichen Krankheitserreger (speziell Typhusbazillen) bei einer exakt durchgeführten Brunnendesinfektion verhalten, wissen wir doch, daß sie hier mitunter noch nach Wochen nachweisbar sein können, während sie im geschöpften Wasser fehlen. Beachtenswert scheint mir der Vorschlag, zur Desinfektion von Kesselbrunnen große Mengen von ungelöschtem Kalk anzuwenden, wodurch eine Kombination von Hitzedesinfektion und chemischer Wirkung zustande kommt. Es wäre interessant, das Verfahren, das sich nach meinen Informationen gelegentlich in der Praxis bewährt haben soll, einer exakten Erprobung zu unterziehen.

Die einzige Methode, die ohne Vorbehalt als geeignet erklärt werden kann, auch infiziertes Wasser verläßlich zu sterilisieren, ist das Abkochen des Wassers. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn die vortrefflichen neueren Kochapparate, wie sie in Deutschland und Frankreich schon vielfach in Verwendung stehen, eine recht weite Verbreitung fänden. Sie entsprechen ebensosehr durch den sinnreichen Mechanismus, daß nur sterilisiertes Wasser zum Abflusse kommen kann, wie durch ihre Kühlvorrichtung, die den Genußwert des Wassers fast ungeschmälert bestehen läßt.

Dem Geiste der hygienischen Wasserbegutachtung, deren Stärke in erster Linie nach der prophylaktischen Seite zu gelegen ist, entspräche es ebenso wie überhaupt menschlicher Einsicht und Vorsicht, daß der Hygieniker schon bei den Vorarbeiten für eine Wasserversorgung — insbesondere gilt dies für die Wasserversorgung größerer Gemeinden — rechtzeitig zu Worte kommt und nicht, wie dies z. B. in meiner Heimat so häufig der Fall ist, nachträglich berufen und vor eine vollendete Tatsache gestellt wird. Wehe dem Unseligen, der sich dann unterfängt, ein ungünstiges Urteil abzugeben, der bestimmte Änderungen oder Ergänzungen wünscht oder etwa gar die ganze Anlage als verfehlt erklären muß!

Es ist ganz selbstverständlich, daß die Wassererschließung, das Aufsuchen und Auffinden genügender Quantitäten von hinsichtlich seiner äußeren Beschaffenheit (Temperatur, Klarheit u. dgl.) entsprechendem Wasser ausschließlich dem Geologen und dem hydrologisch und geologisch gut geschulten Wassertechniker zufällt.

Hingegen ist es durchaus seine Sache, zu entscheiden, ob das in Aussicht genommene Terrain in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei ist und sich somit die Entnahme von Wasser aus ihm empfiehlt. Hier fallen nicht nur die bessere fachmännische Schulung des Hygienikers und sein durch die Erfahrung geschärfter Blick, der leichter und rascher die Beziehungen zu irgendeiner Verunreinigungsquelle entdeckt, entscheidend in die Wagschale, weit wichtiger noch ist der Umstand, daß nur er infolge seiner Spezialausbildung mit dem Fortschritte in der Lehre von den Infektionskrankheiten Fühlung hat und daher allein in der Lage ist, den Grad und die Gefährlichkeit einer bestimmten vorhandenen oder zu gewärtigenden Verunreinigung abzuschätzen. Wie häufig finden wir nicht irrige Meinungen über die Schädlichkeit der tierischen Exkremente, der Abwässer aus gewerblichen Betrieben, der Küchen- und Badewässer weit verbreitet, wie sollte z. B. ein Laie über die Beeinflussung der Schädlichkeit von Abfallstoffen durch ein bestimmtes Klär- oder Reinigungsverfahren zu einer richtigen Vorstellung gelangen? Mir sind aus eigener Erfahrung eine ganze Anzahl von Beispielen derartiger, ohne hygienischen Fachmann ausgeführter Wasserversorgungsanlagen bekannt, deren Entnahmegebiet recht ungünstige örtliche Verhältnisse aufwies, die an sich weniger offenkundig, dem Auge des ausführenden Technikers entgangen waren. (Forts. folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über den Begriff der Neurasthenie. Von Privatdozent Dr. Robert Bing. (Fortsetzung.)

Und nun ein zweiter Punkt: all die hier in Betracht fallenden psychischen Schädigungen sind nicht akut und brutal, wie die seelischen Traumen, die aus veranlagtem Boden eine vollentwickelte Hysterie hervorzuzaubern vermögen. Vielmehr handelt es sich beinahe ausnahmslos um eine chronische Gemütsunruhe, um den Ansturm oft an sich kleiner, aber stets protrahiert einwirkender Affektreize, die auf ältere, noch nicht abgeklungene sich aufopfernd, sich summieren und kumulieren.

Diese außerordentlich gravierende Rolle der Emotivität bei der Akquisition der akzidentellen Neurasthenie (eine Tatsache, der sich kein objektiv vorgehender Arzt verschließen kann) läßt bis zu einem gewissen Grade die Vereinigung mit der Hysterie zur Gruppe der Psychoneurosen berechtigt erscheinen, für die Dubois so konsequent eintritt. Aber nur bis zu einem gewissen Grade. Denn in der ganzen Symptomatologie der Hysterie, nicht nur in ihrer Ätiologie, bleibt die Psyche, die krankmachende Idee, das Essentielle: die erdrückende Mehrzahl ihrer Symptome entspringt offensichtlich aus der Idee, ist psychogen, ideogen, durch Autosuggestion enstanden, durch Fremdsuggestion wegzuzaubern, und selbst gewisse fakultative und seltene andere Symptome sind nur deshalb auf den ersten Blick nicht leicht in ihrer rein ideogenen Natur zu erkennen, weil es sich um Äußerungen von Nervengebieten (z. B. des Sympathikus) handelt, die, ohne eine besondere, bei den Hysterischen aber anerkanntermaßen vorliegende Veranlagung, der direkten Beeinflussung durch den Willen entrückt zu sein pflegen.

Ganz anders bei der erworbenen Neurasthenie. Hier werden wir, sobald das Krankheitsbild einmal etabliert ist, die Symptome in drei Gruppen trennen können, von denen die erste rein seelischer Natur ist, deren zweite die subjektiven Beschwerden einbegreift, bei deren Würdigung die autosuggestive Komponente schwer abzuwägen und zu eliminieren ist, während endlich die dritte Gruppe durch Krankheitsäußerungen durchaus objektiver Natur gebildet ist, die jeden direkten Zusammenhang mit der Idee entbehren lassen. Zu dieser letzten Gruppe gehören unter anderem die gesteigerten Sehnenreflexe, die Erhöhung der mechanischen Muskel- und Nervenerregbarkeit, die Urticaria factitia, die Dermographie, die tachykardischen Anfälle, die abnorme Variabilität und Labilität der Puls- und Blutdruckzahlen, das feinschlägige Zittern der Finger, die exzessive, oft topographisch



beschränkte Schweißbildung, abnorme Sekretionsverhältnisse der Magen- und Darmschleimhaut usw.

Zu den subjektiven Störungen, bei deren Würdigung das sekundäre idiogene Element von dem Korrelate der primären Schädigung schwer zu differenzieren ist, gehören Kopf- und Rückenschmerz, körperliches Schwächegefühl, Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Schwindel usw.

Und wenn wir nun zu den psychischen Abnormitäten der akzidentellen Neurasthenie übergehen, so ist auch bei ihnen das Primäre von dem Sekundären nicht immer leicht zu unterscheiden, nämlich dasjenige, was reizbare Schwäche der Gehirnfunktion, von demjenigen, was natürliche Folge eines oft recht qualvollen Allgemeinzustandes ist. Trotzdem ist das Bild, von quantitativen Verschiedenheiten abgesehen, im ganzen recht charakteristisch.

Der Kranke ist reizbar. Kleinigkeiten, „die Fliege an der Wand“, versetzen ihn in Aufregung. Auf ernstere Unannehmlichkeiten oder gar auf wirkliche seelische Schmerzen reagiert er in maßloser Weise — um dann, nach der gemütlichen Entladung, in tiefer Apathie zusammenzuknicken. Selbst freudige Ereignisse, lustbetonte Reize lösen exzessive Reaktion, dann aber Schlaffheit und Erschöpfung, oft mit psychischer Depression, aus. Dem „himmelhoch jauchzend“ folgt dann das bis „zu Tode betrübt“. Doch ist die Grundstimmung, von der sich solche Episoden abheben, meistens eine gleichmäßig gedrückte, eher mürrisch als traurig. Und das ist wohl großenteils als eine sekundäre, dem unbehaglichen Gesamtzustande entsprechende Verstimmung anzusprechen. Ängstlichkeit, meist hypochondrisch, zuweilen auch abergläubisch nuanciert, und Entschließungsunfähigkeit sind gleichfalls recht bezeichnend. Auf intellektuellem Gebiete macht sich dagegen keine wesentliche Störung bemerkbar — bis auf die abnorm rasch eintretende, abnorm peinlich empfundene Ermüdbarkeit, die der geistigen Arbeit der hochbegabten und talentvollen Persönlichkeiten, welche kein geringeres Kontigent zu dieser Kategorie von Neurasthenikern stellen, zuweilen ein abgerissenes und aphoristisches Gepräge verleiht.

Im großen und ganzen kommen wir zur Ansicht, daß es sich bei der akquirierten Neurasthenie um eine allgemeine Neurose im vollen Sinne des Wortes handelt, um eine Koordination von Symptomen im Bereiche des psychischen, des somatischen und des sympathischen Nervensystems — und nicht um die Subordination der beiden letzteren Symptomgruppen unter die erste, wie dies bei der Hysterie der Fall ist, die man mit Recht als eine auf körperlichem Gebiete sich abspielende Psychose bezeichnet hat.

Scheinbar im Widerspruch zu dieser Auffassung stehen die glänzenden therapeutischen Erfolge, welche die Psychotherapie, vornehmlich in der von Dubois und Dejerine ausgebauten Form, bei den erworbenen Neurasthenien feiert. Doch hat gerade der, welcher diese Methode kennt und übt, die Pflicht, sich Rechenschaft darüber abzulegen, daß es sich dabei nicht um reine Psychotherapie handelt, sondern daß das somatische Nervensystem dabei sehr wohl auf seine Rechnung kommt. Die absolute Ruhe, die Isolierung aus dem gewohnten Milieu, die Überernährung, vornehmlich die von Dubois wie von Dejerine empfohlene Milchdiät (mit der durch sie bedingten Reduzierung der Zufuhr von blutdruckerhöhenden Substanzen, Extraktivstoffen usw., mit der durch sie erhöhten Diurese) sind Faktoren, die bei der Beurteilung der Resultate der Dubois-Dejerineschen Methode etwas zu wenig Beachtung gefunden haben.

Und daß, gerade in den Fällen, wo wir die psychotherapeutische Beeinflussung nicht unter den optimalen Verhältnissen der absoluten Ruhe und Isolierung usw. einwirken lassen können, durch physikalische, diätetische und medikamentöse Agentien gegen die somatischen Äußerungen der akzidentellen Neurasthenie mit Erfolg ankämpfen können, ist eine unbestreitbare Tatsache, für die gerade die kritischsten und skeptischsten Therapeuten der deutschen Schule, wie Erb und Oppenheim, mit Entschiedenheit eintreten. Und gerade unter denjenigen, die hier nur suggestive Heilwirkungen anerkennen wollen, sind viele, die bei ihrer Applikation eine weitgehende Kritiklosigkeit und Polypragmasie an den Tag legen und dem Grundsatze „non nocere“ nicht immer treu bleiben.

*

Doch nun wenden wir uns zur zweiten Hauptrubrik der asthenischen Neurosen, zur konstitutionellen Gruppe, und stoßen sofort auf ganz anders liegende Verhältnisse.

Vor allem auf das degenerative Moment, das sich in gleicher Weise aus der Anamnese und aus der Semiologie kundgibt, bald in unzweideutiger Intensität, bald in versteckterer Form, zuweilen sogar nur andeutungsweise.

Wir erwähnen in erster Linie die neuropathische Belastung, nach der man im Gegensatze zu den akquirierten Formen der asthenischen Neurosen nur selten vergeblich forschen wird — und die, gleichfalls im Gegensatze zu jenen, meistens durch zahlreiche und schwere Erkrankungsformen der Aszendenz oder der Kollateralen gegeben ist. Diese Erkrankungsformen gehören wohl nur in der Minorität der Fälle in den Bereich der gleichartigen Heredität, häufiger (und gerade bei den schweren Formen) handelt es sich nicht um neurasthenische Symptomenkomplexe bei den Erzeugern und Geschwistern, sondern um schwere Neuropathien, um Hysterie, um Psychosen, um Epilepsie, so daß der Degenerativ-Neurasthenische uns oft, im Gegensatze zu den in der Neuropathologie so zahlreichen Opfern einer potenzierten pathologischen Heredität, als das relativ leicht geschädigte Mitglied einer im allgemeinen viel schwerer entarteten Familie entgegentritt. Vielfach wird man auch, sich von der homomorphen Vererbung noch weiter entfernend, bei den Erzeugern lediglich Affektionen vorfinden, die als allgemeine Keimschädigungen aufzufassen sind: Alkoholismus, Syphilis, Tuberkulose — seltener Diabetes, vielleicht auch die harnsaure Diathese — wenn wir den Angaben französischer und englischer Autoren folgen, denn bei uns gestattet die Seltenheit der echten Gicht keine selbständige Urteilsbildung nach dieser Richtung. Endlich wäre hier noch der Konsanguinität der Eltern zu gedenken.

So lange wir uns bei der Würdigung der Erblichkeitsverhältnisse auf so unsicherem Boden bewegen, werden wir vom Studium des Patienten selbst den ausschlaggebenden Aufschluß über das konstitutionelle Moment erwarten. Und dieser wird uns selten versagt bleiben, wenn wir auf 3 Punkte fahnden: den Nachweis des Einsetzens im frühen oder frühesten Kindesalter — die im Symptomenbilde selbst in den Vordergrund tretenden degenerativen Züge — und endlich: etwa vorhandene körperliche Stigmata einer abnormen Entwicklung.

Die letztere Kategorie von Symptomen sei vorweg erledigt, da sie sich ja nur in den wenigsten Fällen konstitutioneller Neurasthenie vorfinden — dann aber freilich eine große Bedeutung besitzen, da man sie bei den akzidentellen Formen so gut wie nie treffen wird. Es handelt sich, wie Sie wissen, um Erscheinungen, die man kurz als „Degenerationszeichen“ zusammenfaßt: Prognathie, Verbildung der Ohrmuschel, erhebliche Schädelasymmetrie, Syndaktylie, genitaler Infantilismus usw.

Viel häufiger, jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle, gelingt die anamnestische Eruierung der sogenannten kindlichen oder kongenitalen Neurasthenie. Wir erfahren, daß schon in der Schule, ja vor derselben, schon in der Kinderstube, der Patient durch seine abnorme Reizbarkeit, durch unmotivierte Zornausbrüche sich auszeichnete; daß er bald mürrisch und mißmutig sich von seinen Altersgenossen isolierte, bald einen unruhigen Bewegungsdrang an den Tag legte, daß er stotterte, daß er lange Jahre hindurch, oft bis zur Pubertät und darüber hinaus, an Enuresis nocturna litt, an nächtlicher Harninkontinenz. Gravierend ist auch die Angabe, daß der Kranke als Kind an Pavor nocturnus litt, an jenen eigentümlichen Anfällen von schreckvollem Erwachen aus dem Schlafe, mit momentaner Verwirrung und lautem Aufschreien — die auch



dort, wo sie auf Nasenpolypen, adenoide Vegetationen des Rachenraumes oder auf Eingeweidewürmer zurückgeführt werden, doch eine ganz abnorme Reflektivität des Gehirns ankündigen. Mildere Angstzustände sind häufiger: Angst vor Dunkelheit, vor bestimmten Bildern eines Bilderbuches, vor dem Pfeifen der Lokomotive, vor Alleinsein; ferner sonderbare Angewöhnungen: Papier zu essen, sinnlose Worte zu bilden und bei bestimmten Gelegenheiten auszurufen, bei ernsten Situationen Grimmassen zu schneiden usw. In diesen mannigfaltigen Äußerungen, die anamnestisch aufzudecken oft gar nicht leicht ist, sehen wir aber die psychischen Stigmen hervordämmern, die so oft als Phobien und als Zwangsvorvorstellungen das klinische Bild der konstitutionellen Neurasthenie des Erwachsenen beherrschen. (Schluß folgt.)

III. Literatur.

Vergleichende Volksmedizin. Eine Darstellung volksmedizinischer Sitten und Gebräuche, Anschauungen und Heilfaktoren, des Aberglaubens und der Zaubermedizin. Unter Mitwirkung von Fachleuten herausgegeben von Dr. O. Hovorka und Dr. A. Kronfeld. Mit einer Einleitung von Prof. Dr. M. Neuburger. Mit 28 Tafeln und etwa 500 Textabbildungen. In zwei Bände geheftet 22·40 Mk., gebunden (Halbfranz.) 28·— Mk. Verlag von Strecker & Schröder in Stuttgart.

Nunmehr ist die erste Abteilung dieses groß angelegten Werkes erschienen. Das überaus lebhafte Interesse, welchem dieses einzigartig dastehende Buch bereits beim Erscheinen der ersten Lieferung begegnete, läßt vermuten, daß es in kürzester Zeit sich in allen beteiligten Kreisen die Stellung eines wirklich unentbehrlichen Hand- und Nachschlagebuches erringen wird. Es füllt nicht nur eine der obligaten „Lücken“ aus, sondern es liegt hier etwas neues, noch nicht bestehendes vor. Schon die überaus reiche Ausstattung mit originellen Illustrationen, die Heranziehung der einschlägigen Literatur aller Völker, das Anführen der Texte in den Ursprachen sowie die medikohistorische Bearbeitung der Schriftsteller des Altertums läßt die Vielseitigkeit des Werkes erkennen.

IV. Aus der Praxis.

Über Ernährungskur Lungenkranker. (Der praktische Arzt 4/1908.)

Die Speisen für Lungenkranke müssen nahrhaft und reich an Fett sein; sie sollen schmackhaft zubereitet und appetitanregend serviert sein; am besten ist eine aus animalischen und vegetabilischen Bestandteilen gemischte Kost, die die notwendigen Nährstoffe: Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, Salze enthält. Folgende Quanten pro Tag sind durchschnittlich zu geben: 400 *g* Fleisch zubereitet = zirka 650 *g* roh, 450 *g* Kartoffel; $^1/_3$ *l* Gemüse zubereitet; 120 *g* gekochtes Obst, 120 *g* süße Speise von Gries, Sago, Reis usw. zubereitet; ein Ei, wenn Eierspeise zum Abendbrod, dann vier und Fleisch entsprechend weniger; 320 *g* Brot und Brötchen; 90 *g* Butter auf Brot, 30 *g* zum Bereiten der Speisen; 40 *g* Kaffee; 20 *g* Kakao; 40 *g* Zucker; $2^1/_2$ *l* Mich, davon 1 bis $1^1/_2$ *l* zum Trinken. Vorteilhaft verordnet man häufige Mahlzeiten in kleinen Intervallen ($7^1/_2$ Uhr erstes Frühstück, 10 Uhr zweites, 1 Uhr Mittagessen, 4 Uhr Vesper, 7 Uhr Abendessen, eventuell noch 9 Uhr kleine Mahlzeit.) Von den Fleischsorten ist besonders das Schweinefleisch, das reichlich Fett und viel phosphorsauren Kalk enthält, zu empfehlen. Großes Gewicht ist auf den Genuß von Milch und Butter zu legen. Mehr als $1—1^1/_2$ *l* Milch pro Tag trinken zu lassen, empfiehlt sich nicht, um einer Mageninsuffizierung vorzubeugen; wo die Milch nicht gut vertragen wird, kann man sie durch Zusatz von Kognak, Salz, Kirschwasser verdaulicher machen; Zusatz von Kognak, Salz, Kirschwasser kann sie schmackhafter machen; gekochte Milch ist verdaulicher als rohe. Kefir, Kumys, dicke Milch sind zeitlich zu empfehlen. Von alkoholischen Getränken, die in mäßiger Menge von Nutzen sind, kommen Wein, Bier, gelegentlich Kognak in Betracht. Eier gibt man in verschiedenen Variationen, Eidotter mit Kognak und Zucker, Eierkuchen, rohe, gekochte Eier, Eierbier, Eidotter mit Milch. Kohlarten sind mit Maß zu geben, und auch bei den nahrhaften, aber schwer verdaulichen Hülsenfrüchten ist Vorsicht geboten. Besondere Maßnahmen sind notwendig bei den fiebernden Kranken, wo meist Appetitlosigkeit große Schwierigkeiten macht. Eine wirksame Unterstützung geben hier die künstlichen Nährpräparate; Sanatogen, Glidin und Kufeke-Mehl haben sich Verf. besonders bewährt. (Glidin in Dosen von 1 Eßlöffel bei Kindern, 2 bis 3 Eßlöffel bei Erwachsenen, den gewöhnlichen Speisen, wie auch Milch und Bier beigemengt, Kufeke-Mehl als Zusatz von Speisen oder als Suppe.) Großen Nutzen kann man öfters mit der Darreichung von rohem Fleischsaft stiften; Lebertran (1 Eßlöffel morgens und abends) ist zu empfehlen. Ein gutes Nährmittel ist das Glyzerin (Glyzerin 180·0, Tct. Chin. compos. 20·0, dreimal täglich 1 Eßlöffel). Um bei Fiebernden zur Zeit der Mahlzeiten kein den Appetit störendes Fieber zu haben, empfiehlt es sich, $1—2^1/_2$ Stunden vor der Mahlzeit Pyramidon (0·25—0·3 *g*) zu geben. Bei Blutungen soll die Diät in kalten Milch-, Schleim- oder Mehlsuppen bestehen, die dem Kranken einzuflößen sind, ohne daß er sich anzustrengen braucht. Bei Obstipation sind reichlich Kompot, Schrot- oder Grahambrot, Mineralwässer, Alpenkräutertee, Buttermilch, Honig, kalte Milch zu geben. Akut auftretende Durchfälle sind meist durch Diätfehler bedingt; ein- bis zweitägige Schleimsuppendiät nach einleitender Rizinusgabe ist meist ausreichend. Bei den infolge chronischer Darmstörung auftretenden Diarrhöen ist absolute Bettruhe angezeigt und eine geeignete Diät, die aber möglichst abwechselnd sein muß; Schmerzen werden durch lokale Wärmeapplikation, feucht oder warm, gelindert; Rot- oder Heidelbeerwein mit Zimtzusatz leistet oft Gutes; ferner Kakao, Reis, Tee, Schleimsuppen; zu meiden sind Salate, Fruchtsäfte, Süßigkeiten und kalte Getränke.

V. Notizen.

Professor Dr. Eduard Spiegler †. In Gainfarn bei Vöslau ist vorige Woche der Universitätsprofessor und Abteilungsvorstand an der Allgemeinen Poliklinik Dr. Eduard Spiegler im 45. Lebensjahre gestorben. Mit Spiegler scheidet einer unserer hervorragendsten Dermatologen. Ursprünglich Chemiker, wollte er als Teilhaber in die chemische Fabrik eintreten, die seiner Familie gehörte, sattelte aber um und studierte Medizin. Nach Beendigung seiner Studien wurde er Assistent bei Professor Kaposi und später Vorstand der dermatologischen Abteilung an der Poliklinik. Seine Hauptarbeiten waren chemischer Natur, so ein Werk über die Chemie der Farbstoffe der Haut und der Haare, über den Vergiftungsprozeß bei Verbrennungen, ferner über die Chemie einiger Arzneikörper, die in der Dermatologie Anwendung finden. Von seinen anatomischen Schriften ist hervorzuheben seine Arbeit über die Hautgeschwülste. Sein letztes Werk war: „Über die chemischen Veränderungen des Blutes bei Syphilitikern“. Für das „Handbuch der Hautkrankheiten“ bearbeitete er gemeinsam mit dem Dozenten Dr. Groß den Artikel: „Über die allgemeine Ätiologie der Hautkrankheiten und „Über die allgemeine Hauttherapie“, ferner „Über Verbrennungen und Hautgeschwülste“. Spiegler, der vermögend war, stiftete vor einigen Jahren ein chemisches Privatlaboratorium, das Gelehrten, die an unserer Universität keinen Raum für ihre Experimente fanden, zur Verfügung stand. Der frühe Tod des Gelehrten wird in den wissenschaftlichen Kreisen der Residenz lebhafte Teilnahme erwecken.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Wir erhalten von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten folgende Zuschrift: Gegen die Bestrebungen, nicht erst die Studenten, sondern schon die Schüler der oberen Gymnasialklassen über die Gefahren des außerehelichen Geschlechtsverkehres aufzuklären, wird von manchen Seiten immer noch eingewendet, daß durch derartige Belehrungen die unverdorbenen jugendlichen Gemüter erst recht auf die verbotenen Früchte hingewiesen werden. Wie es damit wirklich bestellt ist, zeigt eine im letzten Hefte der Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten veröffentlichte Statistik aus den Gymnasien und Realschulen Böhmens, wonach unter 1800 Abiturienten etwa 8% geschlechtskrank befunden wurden und zwar zeigte sich in den Provinzmittelstädten ein noch viel höherer Prozentsatz als in Prag selbst. Wenn man nun zu diesen 8%, die das Unglück hatten, sich beim Geschlechtsverkehre zu infizieren, die anderen hinzurechnet, die so glücklich waren, mit heiler Haut davon-



zukommen, so kann man wohl mit Recht annehmen, daß ein Viertel aller dieser Schüler Geschlechtsverkehr ausgeübt hat. Wir fürchten, daß eine Enquete in reichsdeutschen Schulen nicht viel erbaulichere Zustände zutage fördern würde.

Zuwachs der Bevölkerung Europas. Die „Semaine medicale“ veröffentlichte vor kurzem eine vergleichende Übersicht der Bevölkerungszunahme beziehungsweise des Geburtsüberschusses in den europäischen Ländern, die mancherlei Daten von allgemeinem Interesse enthält. Allerdings liegt der Schwerpunkt der Betrachtung in dem genannten Fachblatte bei Frankreich. Aber gleichwohl ist solch eine statistische Zusammenstellung auch für außerfranzösische Zustände bemerkenswert und lehrreich. Man weiß, wie gering der Geburtenüberschuß Frankreichs ist, und mit welcher Aufmerksamkeit daher die Bevölkerungsvorgänge beobachtet werden. Während Frankreich der Malthusschen Bevölkerungslehre um die Mitte des letzten Jahrhunderts geradezu huldigte, sind heute alle Volkswirtschaftler von den schweren Folgen des Bevölkerungsstillstandes in Frankreich überzeugt. Man sucht daher nach Mitteln, demselben zu begegnen. Man erblickt dort nunmehr in der Zunahme der Bevölkerung ein günstiges Zeichen der Lebenskraft eines Volkes und eine Stärkung seiner Weltstellung. In Frankreich ist der Geburtsüberschuß kleiner als irgendwo in Europa. In den Zeiten 1881 bis 1900 betrug er dort nur 1·25 auf 1000 Einwohner, während er in den anderen europäischen Ländern sich zwischen 5·1 und 14·7 bewegte und in den meisten Ländern über 9·5 betrug. Geringen Geburtenüberschuß haben auch Irland und Spanien (5·1) und Elsaß-Lothringen (7.5). In Österreich waren 9·5, in Bayern und Belgien 9·8, in Italien 10·6, in Ungarn 11·0, in Schweden 11·5, in Deutschland und England 12·5, in Dänemark 13·1, in Finnland 13·2, in Preußen 13·8, in Norwegen 14·0 und in Sachsen 14·7. Frankreichs natürliche Bevölkerungszunahme ist somit zehnmal schwächer als die Deutschlands. Der Geburtsüberschuß hat dagegen in den meisten europäischen Ländern 1881 bis 1900 gegenüber 1861 bis 1880 zugenommen mit Ausnahme von Frankreich, Irland, England und Schweden. In Frankreich ist er von 2·2 auf 1·25 zurückgegangen (1906 war er nur 0·7), in Schweden von 11·7 auf 11·4, in Irland von 8·9 auf 5·1, in England von 13·5 auf 12·5. Während Frankreich und Irland im ganzen vorigen Jahrhundert eine Abnahme des Geburtsüberschusses zeigen, ist er in Schweden und England bis 1880 gestiegen und ist erst infolge des starken Rückganges der Geburtsziffer trotz gleichzeitiger Abnahme der Sterblichkeit kleiner geworden. In Deutschland war der Geburtsüberschuß 1841 bis 1860 9·1, 1861 bis 1880 11·1 und 1881 bis 1900 12·5. Bis 1870 nahm die Geburtsziffer zu, während die Sterblichkeit annähernd gleich blieb, nach 1870 sanken Geburtsziffer und Sterblichkeit, letztere aber viel rascher. Unter den größeren deutschen Bundesstaaten hat Sachsen den größten Geburtsüberschuß infolge seiner hohen Geburtsziffer, in Preußen ist er etwas, in Bayern erheblich kleiner. In Österreich ist der Geburtsüberschuß weniger groß als in Deutschland, doch ist er seit 1840 regelmäßig gewachsen; und zwar von 5·5 1841 bis 1860, auf 9·5 1881 bis 1900. Die Geburtsziffer hat sich auf ziemlich gleicher Höhe gehalten, ist aber seit 1880 etwas zurückgegangen, während die Sterblichkeit beträchtlich abgenommen hat. In den europäischen Ländern hat sich trotz der in denselben beobachteten Abnahme der Geburtziffer infolge des noch rascheren Rückganges der Sterblichkeit der Geburtsüberschuß gleichalls erhöht.

Kleine Bibliothek Langen, Band 100. Ludwig Thoma, Moritaten, wahrheitsgetreu berichtet. Umschlagzeichnung von O. Gulbransson. Preis 1 Mk., gebunden 1·50 Mk. Verlag von Albert Langen in München. Das Titelblatt dieses ungeheuer lustigen Bändchens zeigt, von Olaf Gulbranssons Hand gezeichnet, eine überwältigend komische Karikatur von Ludwig Thoma als Bänkelsänger. Bänkellieder sind denn diese „Moritaten“ auch, in denen der Dichter Ereignisse der Zeitgeschichte in erschütternden Knittelversen „wahrheitsgetreu berichtet“. Die Drastik, der trockene Humor, der scharfe, manchmal auch klobige Witz, der hie und da hervorbrechende ehrliche Zorn Ludwig Thomas — das alles gibt dieser scheinbar so leichten Ware trotz ihres zeitgeschichtlichen Inhaltes einen dauernden Persönlichkeits- und Kunstwert. Sie werden so wenig veralten, wie Heines „Wintermärchen“ veraltet ist, trotz seiner aktuellen Anspielungen. Uns Mitlebenden aber. denen die Stoffe dieser Gesänge noch so nahe stehen, müssen sie um so mehr eine Quelle schallender Heiterkeit sein.

Programm der Ferialkurse. (Fortsetzung.) 25. Priv.-Doz. Dr. Alfred Fuchs: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten (mit Einschluß der wichtigsten Psychosen). Hon.: 50 K. Zeit: 12—1 Uhr, 25 Stunden. Ort: Ambulatorium für Nervenkranke, Allgemeines Krankenhaus, IX. Hof; 26. Priv.-Doz. Dr. Alfred Fuchs: Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Hon.: 20 K. Zeit: Nach Übereinkommen, 10 Stunden. Ort: Ambulatorium für Nervenkranke, Allgem. Krankenhaus, IX. Hof; 27. Priv.-Doz. Dr. Emil Raimann: Psychiatrie. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Psychiatrische Klinik des Allgem. Krankenhauses; 28. Priv.-Doz. Dr. Erwin Stransky: Psychiatrische Diagnostik. Honorar: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. I. Zusammenkunft am Tage des Beginnes 12 Uhr mittags. Ort: Psychiatrische Klinik, Allgem. Krankenhaus, III. Hof, Zimmer Nr. 22. Min.: 6. — Chirurgie. 29. Priv.-Doz. Dr. Georg Lotheisen: Chirurgische Diagnostik und Therapie. Hon.: 40 K. Zeit: 10—11 Uhr vorm., event. nach Übereinkommen. Ort: Chirurg. Abteilung des k. k. Kaiser Franz Josef-Spitales, X., Triesterstraße. Min.: 10; 30. Ass. Dr. Alfred Exner: Chirurgisch-diagnostischer Kurs. Hon.: 40 K. Zeit: 3—4 Uhr. Ort: Hörsaal der II. chirurg. Klinik. Min.: 10; 31. Ass. Dr. Alfred Exner: Kurs über atypische Operationen mit Übungen an der Leiche. Hon.: 400 K, 20 Stunden. Zeit: 6—8 Uhr. Ort: Operationslokal der II. chirurg. Klinik im Souterrain des path.-anatom. Institutes. Min.: 5; 32. Ass. Dr. Egon Ranzi: Chirurgische Operationsübungen an der Leiche. Hon.: 50 K für Ärzte, 30 K für Rigons. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Operationslokal der I. chirurg. Klinik im patholog. anatom. Institute. Min.: 10; 33. Ass. Dr. Egon Ranzi: Chirurgisch-diagnostischer Kurs. Hon.: 50 K für Ärzte, 30 K für Rigons. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Hörsaal der I. chir. Klinik. Min.: 10; 34. Ass. Dr. Robert Werndorff: Orthopädische Chirurgie. Hon.: 50 K. Zeit: Montag, Mittwoch, Samstag 5—7 Uhr. Ort: Ambulatorium für orthop. Chirurgie. Min.: 8; 35. Ass. Dr. Robert Werndorff: Radiologie der Knochen- und Gelenkserkrankungen. Hon.: 60 K. Zeit: Dienstag, Donnerstag, Freitag 5—7 Uhr, event. verlegbar. Ort: Ambulatorium für orthop. Chirurgie. Min.: 6; 36. Ass. Dr. Robert Werndorff: Orthop.-chirurgische Operationen an der Leiche. Hon.: 80 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Besprechung im Ambulatorium für orthop. Chirurgie. Min.: 4. — Augenheilkunde. 37. Prof. Dr. Hugo Wintersteiner: Ophthalmoskopie. Hon.: 50 K. Zeit: 5—6 Uhr. Ort: Laryngoskopiesaal der III. mediz. Klinik. Min.: 10; 38. Prof. Dr. Hugo Wintersteiner: Patholog. Histologie des Auges. Hon.: 50 K. Zeit: 11—12 Uhr. Ort: Patholog. Institut, II. St., Zimmer 46. Min.: 4; 39. Prof. Dr. Hugo Wintersteiner: Augenoperationen. Hon.: 50 K. Zeit: 8—9 Uhr vorm. Ort: Pathol. Institut, II. St., Zimmer 46. Min.: 4; Ass. Doktor Hans Lauber: Diagnostik und Therapie der äußeren Augenkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 1—2 p. m. Ort: Hörsaal der I. Augenklinik. Min.: 8, Max.: 10; 41. Ass. Dr. Hans Lauber: Ophthalmoskopie für Ärzte: Hon.: 60 K. Zeit: 6—7 p. m. Ort: Hörsaal der I. Augenklinik. Min.: 8; Max.: 10. — Laryngologie und Rhinologie. 42. Prof. Dr. Michael Großmann: Laryngologie und Rhinologie. Hon. 40 K. Zeit: 11½—12½ Uhr. Ort: Dozentensaal im k. k. Allgem. Krankenhause; 43. Priv.-Doz. Dr. Leopold Réthi: Praktischer Kurs über Laryngo- und Rhinologie. Hon.: 60 K. Zeit: 2—3 p. m. 5mal in der Woche. Ort: Dozentensaal im k. k. Allgem. Krankenhause. Min.: 6; 44. Ass. Dr. Hermann Marschik: Laryngo- und Rhinologie mit praktischen Übungen. Hon.: 60 K. Zeit: 10—11 Uhr vorm. Ort: Klinik Chiari. Min.: 8; 45. Ass. Dr. Hermann Marschik: Rhino-laryngologische Operationen an der Leiche. Hon.: 70 K. Zeit: 4—5 Uhr nachm., event. nach Übereinkommen. Ort: Klinik Chiari, Patholog. Institut. Min.: 6; 46. Ass. Dr. Hermann Marschik: Bronchoskopie und Ösophagoskopie. Hon.: 100 K. Zeit: 12—1 Uhr Mittag. Ort: Klinik Chiari. Max.: 2. — Ohrenheilkunde. 47. Prof. Dr. Albert Bing: Praktischer Kursus über Ohrenheilkunde. Hon.: 40 K. Zeit: 10—11 Uhr. Ort: Klinik Urbantschitsch; 48. Prof. Dr. Albert Bing: Otologische Diagnostik mit besonderer Rücksicht auf Hörprüfung und Stimmgabelversuche. Hon.: 20 K. Zeit: 6—7 Uhr abends. Ort: Klinik Urbantschitsch; 49. Priv.-Doz. Dr. Viktor Hammerschlag: Ohrenheilkunde (ausgewählte Kapitel). Hon.: 40 K. Zeit: 4—5 Uhr. Ort: Dozentensaal, IX., Allgem. Krankenhaus, VII. Hof. Min. 6; 50. Priv.-Doz. Dr. Viktor Hammerschlag (gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Hugo Frey): Otochirurgie. Hon.: 70 K. Zeit: 5—6 Uhr, verlegbar. Ort: Patholog. Institut, IX., Allgem. Krankenhaus. Min.: 6; 51. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Neumann: Praktische Ohrenheilkunde. Hon.: 60 K. Zeit: 3—4 Uhr. Ort: K. k. Universitäts-Ohrenklinik. Min.: 10; 52. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Neumann: Otochirurgischer Kurs. Hon.: 70 K. Zeit: 4—5 Uhr. Ort: Patholog.-anatomisches Institut. Min.: 6; 53. Ass. Dr. Erich Ruttin: Diagnose und Therapie der Ohrenkrankheiten. Hon.: 60 K. Zeit: 12—1 Uhr, event. verlegbar. Ort: K. k. Univ.-Ohrenklinik. Min.: 10; 54. Ass. Dr. Erich Ruttin: Klinik der otogenen Komplikationen (am Krankenbette). Hon.: 60 K. Zeit: 11—12 Uhr, event. verlegbar. Min.: 10; 55. Ass. Dr. Erich Ruttin: Otochirurgischer Operationskurs am Kadaver. Hon.: 70 K. Zeit: 4—5 Uhr. Ort: K. k. Univ.-Ohrenklinik und Patholog.-anatom. Institut. Min.: 10. — Dermatologie und Syphilis. 56. Prof. Dr. Maximilian Edler v. Zeißl: Syphilis und lokale venerische Krankheiten. Hon.: 30 K. Zeit: 9—10 Uhr. Ort: Kaiser Franz Josephs-Ambulatorium, VI., Sandwirtgasse 3; 57. Ass. Dr. Otto Kren: Klinik und Therapie der Hautkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Hörsaal der Klinik Riehl. Min.: 10; 58. Ass. Dr. Gustav Scherber: Syphilis und Hautkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen, 24 Stunden. Ort: Hörsaal der Klinik Finger. Min.: 10; 59. Ass. Dr. Gustav Scherber: Gonorrhoe. Hon.: 30 K. Zeit: Nach Übereinkommen, 12 Stunden. Ort: Hörsaal der Klinik Finger. Min.: 10. — Geburtshilfe und Gynäkologie. 60. Prof. Dr. Karl August Herzfeld: Repetitorium der Geburtshilfe mit Operationsübungen. Hon.: 40 K. Zeit: 12½—1½ Uhr. Ort: Dozentenhörsaal des k. k. Allgem. Krankenhauses. Min.: 10; 61. Priv.-Doz. Dr. Josef Halban: Gynäkologische Operationslehre. Hon.: 100 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Patholog. Institut, Operationslokal der Klinik Schauta. Min.: 4; 62. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Keitler: Gynäkologische Operationslehre (Übungen am Kadaver). Hon.: 100 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Operationslokal der II. gynäkol. Klinik im patholog. Institut. Max.: 6; 63. Priv.-Doz. Dr. Friedrich Kermanner: Kurs über geburtshilfliche Diagnostik, Therapie und Operationen für Ärzte.



Hon.: 100 K. Zeit: 5 Uhr p. m. Ort: Klinik Rosthorn. Min.: 6; 64. Ass. Dr. Albert Blau: Diagnostik und Therapie der Frauenkrankheiten. Hon : 100 K. Zeit: 3—4 p. m., 20 Stunden. Ort: Klinik Rosthorn, IX., Spitalgasse 23. Min.: 6.

Das Programm der Ferialkurse für den September-Zyklus wird in der nächsten Nummer fortgesetzt.

VI. Eingesendet.

Reichsverband österreichischer Ärzteorganisationen.

(Derzeit Wien IV., Große Neugasse 1.)

Wien, 13. Juli 1908.

An alle Organisationen!

Das Präsidium hat dem von mehreren Organisationen geäußerten Wunsche Rechnung getragen, indem es sowohl die an den Herrn Ministerpräsidenten und den Herrn Minister des Inneren überreichte Denkschrift, sowie den Bericht über den Empfang in Druck legen und als Flugschrift ausstatten ließ.

Das Präsidium gibt solche Flugschriften zum Selbstkostenpreise zunächst an alle Organisationen, dann auch an alle Vereine und einzelne Ärzte, welche es verlangen, ab.

Der Ernst der Lage, in welcher sich die Ärzte gegenüber der geplanten Reform des Krankenkassengesetzes befinden, soll allen Ärzten klar gemacht werden.

Die Flugschrift soll daher möglichst allen Ärzten zukommen, damit sich jeder einzelne Kollege des Ernstes der Lage auch bewußt werde.

Nur wenn dies geschehen ist, kann an eine einmütige und dadurch wirksame Abwehr gedacht werden.

Jedenfalls soll die Flugschrift den Kampf um die uns rücksichtslos vorenthaltenen Rechte einleiten.

Präsidium des Reichsverbandes österr. Ärzteorganisationen:

Dr. Adolf Gruß.

Preise der Flugschrift:

100 Stück postfrei	K	1·40
200 „ „	„	2·80
300 Stück postfrei	K	4·05
400 „ „	„	5·30
500 „ „	„	6·25

Bestellungen an das Präsidium des Reichsverbandes, Wien IV/1, Große Neugasse 1.

VII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle der Sanitätsgemeindegruppe Enzersdorf a. d. F.-Klein-Neusiedl, politischer Bezirk Bruck a. d. Leitha (Niederösterreich), am 1. September d. J. zu besetzen. Der Gemeindearzt hat 400 K (200 K von jeder Gemeinde) fixe Bezüge. Bewerber um diesen Posten haben ihre im Sinne des § 11 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 1888, L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889, mit dem Altersnachweise, dem ärztlichen Diplome, dem Heimatsscheine, dem Sittenzeugnisse und dem von einem k. k. Amtsarzte ausgestellten physischen Tauglichkeitszeugnisse instruierten Gesuche bis längstens 10. August d. J. bei dem Gemeindeamte in Enzersdorf a. d. F. einzubringen, woselbst auch nähere Auskünfte erteilt werden.

Gemeindearztesstelle der Sanitätsgemeindegruppe Mannswörth-Albern bei Wien, politischer Bezirk Bruck a. d. Leitha (Niederösterreich), mit dem Wohnsitze des Gemeindearztes in Mannswörth, mit 1. Oktober d. J. zu besetzen. Mit dieser Stelle ist der fixe Bezug von 680 K (600 K von der Gemeinde Mannswörth und 80 K von Albern), sowie die freie Wohnung (bestehend aus 2 Zimmern, 1 Kabinet und 1 Küche) verbunden. Überdies war die Stelle vom niederösterreichischen Landesausschusse bisher mit 900 K jährlich subventioniert. Die Führung einer Hausapotheke ist erforderlich. Bewerber um diesen Posten wollen ihre mit den im § 11 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 1888, L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889, vorgeschriebenen Belegen (Heimatsschein, ärztliches Diplom, Altersnachweis, ein von einem k. k. Amtsarzte ausgestelltes physisches Tauglichkeitszeugnis und Sittenzeugnis) instruierten Gesuche bis spätestens 10. August d. J. an das Bürgermeisteramt Mannswörth einsenden, woselbst auch nähere Auskünfte erteilt werden.

Z. 31.537
V 5.806.

Kundmachung.

Im allgemeinen Krankenhause in **Bruck** kommt die Stelle eines

SEKUNDARARZTES

zur Besetzung. Mit dieser Stelle ist verbunden eine Jahresremuneration von 900 Kronen, sowie eine Zulage von 300 Kronen, freie Wohnung, welche bezogen werden muß, freie Beheizung und Beleuchtung, sowie die Verpflegung nach der I. Klasse. Die Stelle wird nur auf die **Dauer von 2 Jahren** verliehen, kann aber unter Umständen auch weiter belassen werden. Im letzteren Falle hat der Sekundararzt Anspruch auf Zulagen von je 200 Kronen per Jahr von fünf zu fünf Jahren.

Bewerber um diese Stelle müssen sich mit dem **Doktordiplom** ausweisen können.

Die mit 1 Kr.-Stempel versehenen und gehörig belegten **Gesuche** sind bis **längstens 10. August 1908** beim steiermärk. Landes-Ausschusse in Graz zu überreichen.

Graz, am 18. Juli 1908. **Vom steierm. Landes-Ausschusse.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3611/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/₁, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 32. Wien, 8. August 1908. **Nr. 32.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Balneotherapie bei durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- und Gefäßerkrankungen *).

Von **Dr. Maurus Fisch,** Wien-Franzensbad.

Die durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- und Gefäßerkrankungen sind sehr mannigfacher Natur.

Bei der Besprechung dieses Themas halte ich zunächst die Therapie jener Fälle für beachtenswert, bei denen infolge ungenügender Verdauung oder infolge mangelhafter Nieren- und Leberfunktionen es zur Bildung respektive zum Verbleiben toxischer Substanzen im Körper kommt, welche sodann eine Blutdrucksteigerung oder eine erhöhte Inanspruchnahme des Herzens sowie des Gesamtblutkreislaufes nach sich ziehen können.

Die in solchen Fällen zu beobachtende chronische Endokarditis, Myokarditis, vielleicht auch gewisse „funktionelle“ (nervöse?) Symptome, wie: Herzklopfen, stenokardische Anfälle, Irregularität des Pulses, Atemnot und dergleichen, ja mitunter mehr oder weniger deutlich ausgeprägte Stauungen in den verschiedenen Organen können als Ausdruck derartiger Indoxikationen in Erscheinung treten.

Der funktionelle Charakter der durch Stoffwechselanomalien bedingten Herz- und Gefäßerkrankungen geht schon daraus hervor, daß dieselben mitunter durch gar keine wahrnehmbare anatomische Veränderungen am Herzen, wie an den Gefäßen gekennzeichnet sein müssen. Es sind mitunter weder mit dem bloßen noch mit bewaffnetem Auge in diesen Fällen im Organismus irgend welche morphologische Veränderungen zu konstatieren.

Das Wesen derartiger Erkrankungen wird uns erst aus dem Befunde der chemischen Analyse der Ausscheidungen des Organismus klar. Die exakte Untersuchung des Blutserums, die Harnanalyse mit besonderer Berücksichtigung der Harnkoeffizienten und eine etwaige Kotanalyse sind in dieser Beziehung die wichtigsten und diagnostisch entscheidenden Hilfsmethoden, mittels welchen wir auf diese oder jene Stoffwechselanomalien, als Ursache der Herz- oder Gefäßerkrankungen zu schließen die Berechtigung erlangen.

*) Vortrag, gehalten auf der 29. Versammlung der Balneologischen Gesellschaft in Breslau im März 1908.

Diese Untersuchungsmethoden liefern aber zugleich auch einen völlig objektiven und deshalb noch mehr überzeugenden Beweis einer durch die therapeutischen Maßnahmen erzielten Besserung im Zustande des Patienten, nach deren Resultat man gewöhnlich auch den Grad des therapeutischen Effektes beurteilen kann.

Auf die näheren Details, auf die Besprechung der chemischen Analysen glaube ich, hier nicht eingehen zu müssen, möchte aber bei dieser Gelegenheit eines Umstandes, der vielleicht bei der Beobachtung derartiger Krankheitsformen bisher zu wenig gewürdigt worden zu sein scheint, erwähnen, das ist die genaue Kontrolle und Untersuchung der Zähne, da manchmal schon ganz geringfügige Mißverhältnisse am Gebisse ein ätiologisches Moment zur Entstehung schwerer Stoffwechselstörungen abgeben können.

Es ist das Verdienst des Baron Dr. Oefele in Neuenahr, hierauf in seinen Arbeiten, betreffend seine koprologischen Studien, hingewiesen zu haben.

Baron Dr. Oefele hat in einer großen Anzahl von Publikationen in sehr anschaulicher Weise gezeigt, daß gewisse Defekte im menschlichen Gebiß und in seiner Funktion zu ziemlich argen Stoffwechselstörungen führen, in deren Folge sich selbst Störungen des Herzens sowie der Gefäße ausbilden können.

Die in den Kotanalysen konstatierte Amylorrhoe konnte er in vielen Fällen zum großen Teil auf Molardefekte zurückführen.

Denn wenn die Zähne tatsächlich die ihnen zuerkannte Rolle für die Ausnützung der eingeführten Nahrungsmittel einnehmen sollen, so müssen durch Beissen und Kauen der Nahrung zwei verschiedene Vorarbeiten der Verdauung ausgeführt werden. Einmal soll mittels der Zähne die Nahrung zerkleinert, dann aber auch der Speichel eingeknetet werden. Die innige Einknetung des Speichels in die zugeführten Nahrungsmittel kann aber nur bei vollständiger Erhaltung oder bei genauestem Ersatze der etwa fehlenden Zähne bewerkstelligt werden.

Baron Dr. Oefele hatte an der Hand ausführlicher Kotanalysen auch den Beweis erbracht, daß nach monate- oder jahrelangem Fehlen ganzer Zahnarten dieser komplizierte Apparat sozusagen verrostet wird, so daß deshalb mitunter eine Prothese nicht sofort alle verursachten

Beschwerden bei fühlbarem Zahnmangel zu beseitigen imstande ist.

Es ist bekannt, daß für den Inhalt des Verdauungskanales bei den pflanzenfressenden Tieren die Anwesenheit von bestimmten Pilzbakterien erforderlich ist, dagegen für den Menschen alle Darmpilze als wahre Parasiten oder Kommensalen erscheinen. Am stärksten wurde die Pulswucherung stets im Dickdarme nachgewiesen, sie sterben zum Teil wieder ab und neue Generationen nehmen ihre Stelle ein. Die abgestorbenen Pilze werden von den Nachkommen aufgefressen, zum Teil wieder auch verdaut in ihren Stoffen in dem Organismus resorbiert. So kommt es, daß, nach den übereinstimmenden Befunden von Professor Dr. Müller und Baron Dr. Oefele, bei langwieriger Verstopfung der Kot fortgesetzt pilzärmer wird, der Körper sich aber genötigt sieht, mehr und mehr die aus ihnen aufgesogenen Zersetzungsstoffe, also Verwesungsstoffe, durch Schwefelsäurepaarung zu entgiften und in dieser verhältnismäßig unschädlichen Form so rasch wie möglich im Urin zu entfernen. Dennoch genügt der zirkulierende Rest dieser aufgesogenen Pilzgifte, daß der Mensch sich bei hartnäckiger Verstopfung sehr unbehaglich fühlt und mitunter dadurch sogar bedrohliche Beschwerden von seiten des Herzens sowie des Gesamtblutkreislaufes zu erleiden gezwungen wird.

Es ist einleuchtend, daß es notwendig ist, die Pilzwucherung im Darme möglichst einzuschränken, was uns auch bei dem Vorhandensein des besten Gebisses mitunter nicht leicht gelingen dürfte, wenn wir nicht auch Sorge dafür tragen, daß die Beschaffenheit des Nährbodens für die Pilze in diesem Sinne abgeändert werde. Denn es ist ja bekannt, daß, wenn viel unverdautes Nährmaterial in die untersten Abschnitte des Darmes gelangt und eventuell durch eine sitzende Lebensweise oder aus anderen Gründen lang zurückgehalten ist, die Pilzvegetation so besser gedeiht, als bei umgekehrten Verhältnissen; der Körper wird also im ersteren Falle mehr mit giftigen Pilz- und Zersetzungsstoffen überschwemmt. Wenn aber die Zähne richtig und gut arbeiten, so ist schon der erste Verdauungssaft, der Speichel, so gründlich eingeknetet und allen später wirkenden Verdauungssäften das Eindringen so erleichtert, daß eine rasche und gründliche Ausnützung der brauchbaren Stoffe erfolgt und den Pilzen damit vorzeitig der Nährboden entzogen respektive verschlechtert wird.

Doch nicht bloß die Amylorrhoe im Kote ist ein Beweis für den Mangel an einer Zahnart; sehr häufig kann auch eine Verschleuderung von Muskelfasern aus dem Fleische der Nahrung im Kote nachgewiesen werden, namentlich, wenn die Prämolaren fehlen oder schadhaft sind und zum Kauen verwendet werden können.

Denn für unsere Betrachtung der Stärke- oder der Fleischausnützung kann es sich gleich bleiben, ob der Mensch nur ungenügend kaut aus schlechter Gewohnheit, wie dies bei hartnäckigen Essern oder sogenannten Schlingern der Fall ist, oder ob er ungenügend kaut wegen physischer Mängel. Alle diese Zustände können somit begreiflicherweise zur Darmatonie mit ihren bekannten Folgeerscheinungen, wie Meteorismus, dauernder Hochstand des Zwerchfelles, Behinderung der Atem- und Zirkulationstätigkeit, führen.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator**.

(Wirtschaftliche Arbeit. — Eine neue Ärzteordnung.)

Wir haben in der vorangehenden Nummer gezeigt, daß die Arbeit der sozialwirtschaftlichen Organisation absolut unzulänglich war in der Abwehr feindlicher Angriffe. Was hat sie aber, davon abgesehen, positives, aufbauendes geleistet?

Sie heißt doch nicht umsonst die wirtschaftliche Organisation. Welchen wirtschaftlichen Nutzen brachte sie den Ärzten? Natürlich kann man von ihr noch keine umfassenden, lange Vorarbeiten erheischende Institutionen erwarten; aber die Kleinarbeit konnte sie doch in zwei Jahren leisten.

Jede große Vereinigung, zumal eine solche der Ärzte, braucht nur eine einmalige Anfrage an Theater, Bäder, Warenhäuser usw. zu richten und sie erhält für ihre Mitglieder gewisse Benefizien.

Ich sehe wieder im Geiste bei unseren Führern, die leider (sit venia verbo) nicht im Kampfe um die Existenz stehen, ein gewisses geringschätziges Lächeln auftauchen. Jeder aber, der die wirklichen Verhältnisse der praktischen Ärzte kennt und weiß, wie labil bei den meisten ihr Budget ist, wird eine solche Erleichterung, wie sie z. B. der Stand der Staatsbeamten, der hundertmal besser gestellt ist, als wir, nicht zurückweist, nach ihrem Werte zu schätzen wissen. Damit ist natürlich das wirtschaftliche Programm im engeren Sinne nicht erschöpft. Ein Altersheim für Veteranen der Medizin ließe sich auf dem Wege einer Lotterie nicht schwer errichten; siehe das Lehrerhaus. Es bedarf dazu nur eines Anstoßes und gerade das Jubiläumsjahr wäre ein günstiger Zeitpunkt. Das sind die nächstliegenden Aufgaben. Aber auch auf diesem Gebiete ist nichts geleistet worden.

In der letzten Sitzung des Obersten Sanitätsrates wurde über eine neue Ärzteordnung für Österreich beraten, durch welche die Ärzteverhältnisse gesetzlich geregelt werden sollen. Die Verhältnisse des Ärztestandes müssen, wie der Referent Obersanitätsrat Hofrat v. Jaksch ausgeführt hat, der Neuzeit entsprechend geordnet werden, da die gegenwärtig zu Recht bestehenden Gesetze und Verordnungen zum großen Teile über 100 Jahre alt sind. So gilt z. B. noch das „General-Sanitätsnormativ" vom Jahre 1770, ebenso die Instruktion für praktische Ärzte vom Jahre 1828. Die neue Ärzteordnung regelt die Bestimmungen zur Ausübung der ärztlichen Praxis; unter den Gründen zur Streichung eines Arztes aus der Ärzteliste der Ärztekammer wird „ein in Rechtskraft erwachsenes Urteil des Ehrenrates auf Streichung aus der Ärzteliste" genannt. Neu ist auch die Bestimmung, daß die aktiven Militärärzte sowie die bei den landesfürstlichen Behörden angestellten Ärzte zu den kammerangehörigen Ärzten gehören; doch unterstehen diese Ärzte in Disziplinar-Angelegenheiten nicht der Ärztekammer. Es wird als unzulässig erklärt, daß ein Arzt an verschiedenen Stellen Sprechstunden abhält, außer er ist hiezu durch Vertrag oder Anstellung verpflichtet. Die leichtfertige Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses wird ehrenrätlich geahndet. Jeder Arzt, der nicht ausdrücklich auf die Ausübung der ärztlichen Praxis verzichtet hat, ist verpflichtet, wenn ein ernstes Hindernis nicht obwaltet, im Falle dringender Not die ärztliche Hilfe zu leisten, welche der Augenblick erfordert; neu ist der Zusatz: „Die Verweigerung der ärztlichen Hilfe gilt als hinreichend begründet, wenn der Arzt nachzuweisen vermag, daß er von derselben Partei aus Anlaß ärztlicher Berufungen schon einmal irregeführt worden ist." Der Arzt kann seine Behandlung sofort einstellen, wenn er wahrnimmt, daß seine Anordnungen nicht befolgt werden oder ein anderer Arzt hinter seinem Rücken zugezogen wurde, oder wenn ihm Beleidigungen zugefügt werden. Für jede Anzeige einer Infektionskrankheit kommt dem Arzt eine Vergütung durch den Staat zu. (Bisher mußten solche Anzeigen gratis erstattet werden.) Den Ärztekammern wird das Recht zugestanden, Standesordnungen zu beschließen und das Zuwiderhandeln gegen dieselben ehrenrätlich zu ahnden. Mehrere Bestimmungen schützen den Arzt vor Ausbeutung; die Rechte des von den Ärztekammern zu bestellenden Ehrenrates wurden erweitert; zu den Disziplinarstrafen zählt nunmehr auch die Streichung aus der Ärzteliste. „Politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Handlungen eines Arztes als solche können niemals den Gegenstand eines ehrenrätlichen Verfahrens bilden." Die Streichung aus der Ärzteliste erfolgt das erstemal nicht länger als für ein Jahr; der Beschuldigte hat das Recht, sich bei der Verhandlung des Ehrenrates eines Verteidigers aus dem

Stande der Ärzte zu bedienen. Als Berufungsinstanz dient ein „Disziplinarsenat für Ärzte". Das sind einige Punkte der in Beratung gezogenen neuen Ärzteordnung, welche die ärztlichen Pflichten und Rechte im Gegensatze zu den alten Bestimmungen genau fixiert und das unzulängliche, derzeit bestehende Ärztekammergesetz in wichtigen Punkten reformiert und ergänzt. Wir werden in der nächsten Nummer nicht mit der Kritik dieses Entwurfes zurückhalten.

Der 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin.

(Fortsetzung.)

In den folgenden Vorträgen wird der Speiseröhren- und Magenmundkrebs behandelt. V. Hacker, Graz, berichtet über sein, in einem Fall mit Dauererfolg ausgeübtes Verfahren bei Krebs der Speiseröhre, einen ausgeschnittenen Teil durch Haut zu ersetzen, die in die Tiefe versenkt und zu einer Röhre umgelegt wird. Die so behandelte Patientin schluckt vollkommen gut und fühlt sich nach eineinhalb Jahren vollkommen wohl. Er macht zugleich auf die Wichtigkeit der vorangehenden Mageneröffnung aufmerksam, von der aus man die Ausdehnung des Magenkrebses genau übersehen kann. Körte, Berlin, hat wegen Wiederwachsens der Geschwulst mit diesem Verfahren noch keine Erfolge erzielt. Auch die Erfahrungen von Hofmeister, Stuttgart, Völker, Heidelberg und Küttner, Breslau, zeigen nur in einem Teile der Fälle glücklichen Ausgang. Lauper, Interlaken, hat einen Fall von Speiseröhrenkrebs mittels Dehnung und Radiumbestrahlung vorübergehend günstig beeinflußt; über gutartige Krampfzustände in der Speiseröhre, hinter welchen sich aber nach Lotheisen, Wien, zuweilen bösartige Geschwülste verstecken können, macht Gottstein, Breslau, Mitteilungen. Er behandelt sie eben wie Czerny, Heidelberg, durch Dehnung mittels dauernd eingesetzter, mit Wasser gefüllter Gummibeutel. Zum Schluß berichtete de Quervain, La Chaux de fonds, über Gewebsuntersuchungen bei Neubildungen der Brust, aus denen hervorgeht, daß bei anfänglich gutartiger Entwicklung sich späterhin bösartige Veränderungen einstellen können, und die deswegen zu einer frühzeitigen Absetzung der Brust im entsprechenden Fall auffordern. Es kann deshalb nicht dringend genug der Rat gegeben werden, bei jedweder Knotenbildung in der Brust eine sachgemäße Untersuchung eintreten zu lassen.

Die Verhandlungen der Vormittagssitzung des 3. Sitzungstages bewegen sich auf dem Gebiete der Chirurgie der im Brustraum eingeschlossenen Organe, insbesondere der Lungenchirurgie, die sich aus der Zeit vorsichtiger Tastung auf dem für das operative Können neuen Boden kraftvoller zu erheben beginnt. Eine Vorbedingung für sicheres Operieren ist die Beherrschung der Luftdruckverhältnisse im Innern und an der Oberfläche der Lunge. Allen Eingriffen an den Lungen von der Brustwand her tritt als erstes störendes Moment der Lufteintritt in den Brustfellraum entgegen, der die Lungen zusammensinken läßt und unter gewöhnlichen Verhältnissen gefährliche Veränderungen in dem allgemeinen Blutdruck und der Atmung hervorruft. Man kann dieser Störung entgegenwirken, entweder indem man nach dem Vorgang von Brauer, Heidelberg, den Druck der Atmungsluft erhöht, so daß die Lunge von der Luftröhre her aufgebläht gehalten wird, oder daß man nach den grundlegenden Versuchen von Sauerbruch, Marburg, die Eingriffsstelle an der Lungenoberfläche unter verringerten Luftdruck bringt innerhalb einer Kammer, in der sich Operateur und Patient befinden. Daß übrigens die Füllung des Brustfellraumes mit Luft unter bestimmten Verhältnissen sogar günstige Einwirkung ausüben kann, geht aus den Mitteilungen Brauers hervor. Unter der künstlich herbeigeführten Luftfüllung des Brustfellraums soll der Saugaderstrom in den Lungen sich verlangsamen und die Aufnahme der Giftstoffe in den Körper bei Eiterung in den erweiterten Luftgängen und bei Schwindsucht verringern. Es sollen dabei unter Umständen Blutungen aufhören, das Fieber nachlassen, indessen sind die Anzeichen für diese Behandlungsart noch wenig geklärt.

Für die große Chirurgie ist von grundsätzlicher Bedeutung die Entscheidung der Vorfrage, welcher von den beiden oben angedeuteten Wegen zur Regelung der Luftdruckverhältnisse der richtigere ist. Von denen, die in der Lage waren, beide Verfahren in der Ausübung auszuproben, von Küttner, Breslau, Friedrich, Marburg, Schmieden, Berlin, de Mayer, Brüssel und Dreyer, Breslau — dem letzteren auf Grund von vergleichenden Forschungen im Tierversuch — wird jetzt übereinstimmend hervorgehoben, daß grundsätzlicher Unterschied nicht besteht. Es kommt zum Schluß auf die mehr oder weniger große Bequemlichkeit oder Gewöhnung des Operateurs an. Immerhin bieten die Einrichtungen noch mancherlei Unbequemlichkeiten, denen man durch Einführung einfacherer Rüstzeuge zu entgehen sucht. In diesem Sinne haben sich de Mayer, Brüssel und Henle, Dortmund, anscheinend mit Erfolg bemüht. Eine von Brat, Berlin, angegebene Einrichtung ist zwar in diesem Sinne nicht ebenbürtig, hat aber mancherlei Vorzüge für die Atmung.

Die Verhandlungen zeigen weiter, daß die Zeit unfruchtbaren Zweifels, der noch vor einem Jahre laut geworden ist, über den praktischen Wert dieser neuen Angriffsweise gegenüber den schwierigsten Aufgaben der Chirurgie vorüber ist. Die Redner berichten über nur auf diesem Wege mögliche lebensrettende Operationen, abgesehen von der außerordentlichen beruhigenden Wirkung dieser Hilfsmittel gegenüber den gefährlichen Zufällen, denen man früher ausgesetzt war. Küttner, Breslau, verfügt über eine größere Reihe von Erfahrungen und hat als vorzüglichste Art erkannt bei Behandlungen von Lungenverletzungen mit Blutungen wie beim Lungenschuß die Operationen an der Brustwand, hat daneben aber auch gewisse Lungenerkrankungen, ebenso wie Kausch, Schöneberg, mit Erfolg behandelt. Auch Sauerbruch, Marburg, hat die Verletzung der Lunge, die zur allgemeinen Luftaufblähung der gesamten Körperhaut und des Mittelfleisches im Brustraum mit Atmungshemmung führte, den glänzendsten Erfolg durch die Ansaugung gesehen; Wendel, Magdeburg, bei Nachbehandlung von alten Eiterungen im Brustraum. Eine weitere Folge unseres jetzt kühneren Vorgehens sind die Eingriffe auch beim Speiseröhrenkrebs und zur Bekämpfung der Lungentuberkulose. Bezüglich des ersteren sind allerdings unsere Dauererfolge noch recht bescheiden. Vielleicht verbessern sie sich, wenn grundsätzlich nach dem Vorschlag von Schmieden, Berlin, die Ausrottung der Geschwulst als besonderer Akt ausgeführt wird, an den erst später die Behandlung der Verstümmelung in passender Form angeschlossen wird. Friedrich, Marburg, berichtet über seine Erfolge bei der Operation einseitiger Lungentuberkulose. Wesentlich für das Gelingen ist die Art der Schmerzbeseitigung, die Schnelligkeit und die Ausdehnung des Eingriffes. Durch Fortnahme möglichst großer Teile der Brustwand wird die Lunge ruhig gestellt, was selbst in der Ausdehnung von der 2. bis 10. Rippe innerhalb kurzer Zeit möglich ist; dabei werden allerdings die Anforderungen an das Herz für die ersten zwei Tage ziemlich beträchtlich, indessen paßt sich dasselbe den neuen Verhältnissen an. Nach seinen Erfahrungen schwand das Fieber, das Allgemeinbefinden besserte sich, der Auswurf verminderte sich ganz beträchtlich, so daß man hoffen kann, daß es möglich ist, auf diese Art der Krankheit in ganz besonders ausgesuchten Fällen Herr zu werden. Nach einer Beobachtung kann man sogar von der Möglichkeit sprechen, von der entknochten Brustwand aus tuberkulöse Herde unmittelbar anzugreifen. Des weitern spricht der Vortragende über Versuche, die bezwecken, festzustellen, wie der Verlust größerer Lungenabschnitte räumlich ausgeglichen werden kann. Die Möglichkeit des Verlustes einer ganzen Lunge bei Hunden ohne dauernde Störung des Wohlbefindens hat sich ihm erwiesen, und er hat gefunden, daß durch Verlagerung des Herzens, durch Ausdehnung der andern Lunge und durch Aufrücken des Zwerchfells die entstandenen Hohlräume ausgefüllt werden.



Nach den grundlegenden Untersuchungen des bekannten Frauenarztes Freund, Berlin, darf man mit gewissem Grund annehmen, daß die Schwindsucht in einer Lunge leichter Boden fassen kann, wenn die Lungenspitze nicht genügend gelüftet wird. Dies tritt zuweilen da ein, wo die erste Rippe mit dem Brustbein zu eng und zu früh verwachsen ist. Man hat deswegen bei so gefährdeten Personen versucht, diese enge Verwachsung durch Schaffung einer künstlich gelenkigen Verbindung zu verhindern. Seidel, Dresden und Kausch, Schöneberg, teilen einige darauf bezügliche Erfahrungen mit Gelingen mit. Zur Ausheilung einer Lungeneiterhöhle hat Perthes, Leipzig, den ganzen Eitersack entfernt, was nach Körte, Berlin, auch durch einfache Fortnahme der Rippenstücke möglich wäre. Um der Gefahr der ausgedehnten Hautaufblähung durch Luft bei Rippenbrüchen zu begegnen, empfiehlt König, Altona, die verletzte Lungenstelle aufzusuchen und die Lungenwunde mit der atmosphärischen Luft in Verbindung zu halten. Wullstein, Halle a. d. S., hat Versuche angestellt, um Organe, die durch krankhafte Verwachsungen in ihren Verrichtungen gestört würden, durch Einpflanzen von Haut in die Gleisschicht ihrer Umhüllung beweglich zu erhalten. Nach Vorführung fachwissenschaftlich bedeutsamer Geschwülste durch Braun, Göttingen und Göbel, Breslau, werden einige Untersuchungen durch Schöne, Marburg und Wullstein, Halle a. d. S., mitgeteilt, die das Einwachsen von Teilen einer Tierart auf eine fremde, verwandte verdeutlichen und die Möglichkeit einer solchen Einheilung von Geweben in fremde Tiere beweisen.

Der Schluß der Sitzung wird ausgefüllt durch Erörterungen auf dem Gebiete der Schußverletzungen. Weßler, München, berichtet über die Wirkungen des neuen Wickelmantelgeschosses. Franz, Berlin, teilt Beobachtungen aus dem afrikanischen Kriege mit, die die Herausschleuderung einer ganzen Gehirnhälfte aus dem Schädel betreffen, wie sie Krönlein, Zürich, zuerst beschrieben hatte, wozu Krönlein selbst, Kocher, Bern und Tilmann, Köln, fachwissenschaftliche Erklärungen über Entstehung abgeben.

Eine Reihe von Vorträgen aus dem Gebiete der Darmchirurgie bringen mehr oder weniger technische Einzelheiten. Untersuchungen von Rubritius, Prag, zeigen die weiteren Ergebnisse nach künstlicher Verbindung des Magens mit dem Darm bei gutartigen Geschwülsten und die Änderungen in den Verrichtungen des Magens. Das Verschwinden des nach diesem Eingriff regelmäßig beobachteten Einflusses von Galle und Bauchspeicheldrüsensaft in den Magen beruht, wie sich aus den Untersuchungen von Neuhaus aus der Charité-Klinik ergibt, höchstwahrscheinlich auf der funktionellen Wiederausschaltung der künstlichen Öffnung. Als Beispiel einer überaus günstigen Einwirkung eines solchen Eingriffes auf den Ernährungszustand kann Langemak, Erfurt, erwähnen, daß in einem Falle in acht Wochen das Körpergewicht sich über das Doppelte vermehrt hat. Was alles ein Operateur in einem Magen finden kann, zeigen die Beobachtungen von Junghans, Liegnitz und Middeldorf, Hirschberg, so ein 12 *cm* langer, den Magen wie ein Ausguß ausfüllender Wickel von gewohnheitlich verschluckten Haaren. Middeldorf zeigt seinen im ganzen etwa 2 Pfund schweren Fund aus dem Magen eines zugleich geheilt vorgestellten 16jährigen Mädchens, 1413 einzöllige Eisennägel und eiserne Haken, 160 verbogene Stricknadeln, 70 kleinere und größere doppelspitzige Nadeln, 7 Nagelköpfe, 4 Glassplitter.

In Fortsetzung der angeschlagenen Erörterungen über das Verhalten des Darmes nach künstlicher Verbindung der Lichtung zwischen zwei weiter auseinanderliegenden Darmstücken werden heute zuerst die Folgeerscheinungen nach so hergestellter Ausschaltung des gesamten Dickdarms beleuchtet. Ursache dazu gaben wiederholt ruhrartige Erkrankungen, tuberkulöse Geschwüre, dauernde Blutungen, auch nervöse Krampfzustände der Darmmuskulatur. Die Erfahrungen der einzelnen Operateure, Heddäus, Zittau, Lindner, Dresden, Canon, Körte, Berlin, Petersen, Duisburg, Franke und Sprengel, Braunschweig, sind nicht übereinstimmend, und wie sich zum Teil aus den Beobachtungen an demselben Patienten zu verschiedenen Zeiten ergibt, selbst nicht eindeutig. Abgesehen von gewissen Störungen, welche bei seitlicher Einpflanzung der Darmstücke dem angewandten Verfahren zur Last fallen, scheint für die meisten Fälle festzustehen, daß die Ausschaltung der Dickdarmverrichtung, Eindickung des Darminhalts, nicht ohne weiteres vertragen wird und nicht ungestraft zu bleiben braucht. Man gibt den Rat, wenn irgend möglich, Stücke des Dickdarms verrichtungsfähig zu erhalten. Für die Folgen kommt es nach Körte auch wesentlich darauf an, ob die Darmkrankheit an sich ausgeheilt ist, oder noch ihre eigene Absonderung, Eiter, Jauche usw., erzeugt. Im letzteren Fall muß für diese jedenfalls besonderer Abfluß geschaffen werden, wenn auch mit Beschränkung der Besserungsmöglichkeit auf dem Wege der einfachen Eröffnung des Blinddarms.

In den folgenden Vorträgen werden gewisse Folgezustände nach Operationen an den Bauchdecken behandelt, die sich als merkwürdige und in der Regel als schwer zu deutende Geschwülste daselbst darstellen. Nach den Beobachtungen Schloffers, Innsbruck, welche auch von anderen Rednern, Küttner, Breslau, Bakes, Trebitsch, Franke, Braunschweig, Hofmeister, Stuttgart, Braun, Göttingen, bestätigt werden, handelt es sich dabei um einfache Verdickungen und Knotenbildungen des Bindegewebes, die sich mit geringfügigen Eiterungen um zurückgelassene Unterbindungsfäden entwickeln. Sie verdienen aber wohl gekannt zu sein, da sie leicht einmal bösartige Geschwülste vortäuschen und dann zu lebensgefährlicher Ausdehnug des Eingriffes Anlaß geben können. Anderseits können sie allerdings auch durch Verwachsung mit den Organen des Bauches, wie aus den Erfahrungen von Braun, Göttingen, hervorgeht, schwere Krankheitsbilder auslösen. In einzelnen Fällen hat man freilich den Ausgangspunkt solcher falschen Geschwülste im Innern der Bauchhöhle selbst aufgefunden, wie z. B. Franke in einem Strohhalm, der auf schwer erklärbare Art in die Gebärmutter einer Frau gelangt war. Küttner, Breslau hat als Ausgangspunkt für solche Bauchdeckengeschwülste zweimal den entzündeten Blinddarm an nicht gewöhnlicher Stelle gefunden, wo vorher nichts auf eine solche Erkrankung hingewiesen hatte. (Schluß folgt.)

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Verzichtet man nun schon, was sich mitunter bitter rächt, auf die Überprüfung des Entnahmegebietes durch den sachverständigen Hygieniker vor der Herstellung der provisorischen Anlagen, so sollte doch wenigstens sein Urteil vor Inangriffnahme der definitiven Arbeiten eingeholt werden, besonders da hier eine Untersuchung der Wasserqualität, die von entscheidender Bedeutung sein kann, vielfach schon einwandfrei durchführbar ist.

Nicht von geringerer Wichtigkeit, als die Heranziehung des Hygienikers zu den Vorarbeiten für eine Wasserversorgung ist die fortlaufende hygienische Kontrolle der Wasserversorgungsanlagen. Hier stehen wir wohl in den ersten Anfängen. Kaum daß sich eine regelmäßige Kontrolle der Sandfilterwerke und sonstigen künstlichen Reinigungsanlagen bisher erreichen ließ und auch da erheben sich schon Stimmen, die darin eine überflüssige Maßregel erblicken wollen und zum mindestens zur Vereinfachung der Kontrolle mahnen. Ich kann nur aufs eindringlichste betonen, daß der Nutzen und die Notwendigkeit der hygienischen Untersuchungspraxis nirgends so klar in Erscheinung treten, wie bei der fortlaufenden Kontrolle der Wasserversorgungsanlagen. Wohl nur selten dürfte ein Wasserwerk — vereinzelte Ausnahmen mögen vielleicht auffindbar sein — gegenüber Elementarereignissen und abnormen Betriebsverhältnissen vollkommen geschützt und vor Überraschungen sicher sein. In solchen Fällen zeigt die regelmäßige Kontrolle den Schaden an und ermöglicht seine Behebung. Mes-



sungen der Ergiebigkeit, bezw. des Wasserstandes, Aufzeichnungen über Farbe, Klarheit, Temperatur, bakteriologische, chemische und mikroskopische Untersuchungen, vielleicht auch die in neuerer Zeit von Pleißner, Dienert und Guillard empfohlenen regelmäßigen Messungen der elektrischen Leitfähigkeit des Wassers, liefern eine solche Fülle von Material, daß sich eine merkliche Veränderung in der Wasserführung oder gar eine Verunreinigung der Bezugsquelle der Beobachtung kaum werden entziehen können. Mitunter sind derartige regelmäßig durchgeführte Untersuchungen überhaupt erst imstande, die Wasserversorgung z. B. hinsichtlich der Geschwindigkeit der Wasserbewegung u. a. m. zu charakterisieren, was für zahlreiche praktisch wichtige Fragen von Bedeutung sein kann. Niemals werden vereinzelte Untersuchungen, selbst wenn sie zu ungünstigen Zeiten (zur Zeit der Schneeschmelze, nach Hochwässern) vorgenommen werden, ein ähnlich klares Bild liefern können, ganz abgesehen davon, daß mitunter die Veränderungen in der Wasserqualität von derart kurzer Dauer sind, daß sie bei selten vorgenommenen Untersuchungen leicht übersehen werden können.

Die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen sind den Einzelbeobachtungen auch aus dem Grunde überlegen, weil sie die Anwendung einer feineren, für den besonderen Fall geeigneteren Methodik ermöglichen. Während bei Einzeluntersuchungen einerseits nur ungern von den überlieferten, teilweise konventionellen Methoden Umgang genommen wird, anderseits häufig aus den Ergebnissen keine bindenden Schlüsse gezogen werden können, ist bei der Kontrolle deren wesentlicher Wert in dem Vergleiche und in der Konstatierung einer Änderung, einer Verschiebung in den Befunden gelegen ist, die Möglichkeit gegeben, fast jedes beliebige Verfahren, soferne es sich im konkreten Falle nur genügend empfindlich erweist, mit Erfolg zu verwerten, ebenso wie die Beobachtung der Zahlenkurven selbst bei an sich unwesentlichen absoluten Ausschlägen, wichtige, ja entscheidende Anhaltspunkte liefern kann.

Welche Hilfsmittel stehen uns nun zur Klärung der verschiedenen Aufgaben zu Gebote? Und wie gelingt es uns, uns über die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit einer Infektion des Wassers ein Urteil zu bilden?

Gleichgültig, ob es sich um Auskunftschaftung, um Verhütung oder um den Nachweis einer tatsächlich erfolgten Infektion des Wassers handelt, stets stehen drei Fragen im Vordergrunde. Stets wird es darauf ankommen, uns über das Vorhandensein und die Verbreitung von menschlichen und tierischen Abfallstoffen im Einzugs- und Schutzgebiete, über den Zustand der Wasserversorgungsanlagen und über die Filtrationskraft des Bodens Klarheit zu verschaffen.

Enthalten auch menschliche Ausscheidungen keineswegs immer Krankheitserreger, so müssen sie doch immer als verdächtig gelten, und gerade die neueren Erfahrungen über das Vorkommen von Infektionserregern bei den sogenannten Bazillenträgern (Gesunden und Rekonvaleszenten) lassen diese Vorsicht nur zu sehr als begründet erscheinen.

Die richtige Konstruktion der Wasserversorgungsanlagen, ihr Abschluß vor allem gegen die Tragwässer und gegen das oberflächliche Grundwasser, ferner die Selbstständigkeit der einzelnen Teilanlagen u. a. m. sind für die Erhaltung einer guten Wasserqualität von großer Bedeutung. Die größte Wichtigkeit aber kommt dem Reinigungsvermögen des Bodens zu, seiner Fähigkeit, die feinsten Schwebestoffe des in ihn einsickernden Wassers und damit auch die Bakterien einschließlich der pathogenen Keime „abzufiltrieren“.

Nicht in allen Fällen freilich kann auf eine solche günstige Wirkung gerechnet werden. Häufig vermitteln Klüfte und Spalten im Gestein oder breitere Kommunikationen im Uferbereiche von Flüssen den Durchgang des Wassers in die Tiefe und eine Reinigung bleibt aus, oder tritt nur unvollkommen ein. Die vollkommen fehlende Filtration in den Klüften und Felsgängen des Kalkgebirges ist für zahlreiche Hochquellen geradezu charakteristisch — mitunter pathognomonisch. Man kann der Anschauung der französischen Forscher nur beipflichten, die am prägnantesten im Martelschen Aufsatze des von P. Brouardel und E. Mosny herausgegebenen Handbuches der Hygiene (Traité d'hygiène II, le sol et l'eau, Paris, libr. Baillière et fils 1906) zum Ausdrucke kommt, die zwischen Filtration und Infiltration scharf unterschieden und die Bezeichnung Quelle (source) für derartige „résurgences“ überhaupt nicht angewendet wissen wollen. In der Tat ist die physikalische Wirkung der Gesteinsspalten in bezug auf Filtration, Adsorption und Kapillarität eine nur geringfügige und das in ihnen abgefangene Wasser kann, ohne eine nennenswerte Reinigung zu erfahren, mit großer Geschwindigkeit (bis zu 20.000mal größer als in feinporigem Boden in die Tiefe stürzen.

Außer der Qualität des Bodens (Korngröße, Porenvolum) und dem „Filterdruck“ (der Filtergeschwindigkeit), ist auch die Mächtigkeit der filtrierenden Schichte von Einfluß auf die Güte des angesammelten Wassers, so daß erst in größeren Tiefen, mindestens sieben bis zehn Metern, auf verläßlich gereinigtes Grundwasser gerechnet werden kann. Erfahrungen, daß oberflächlich entnommenes Grundwasser nicht genügend gereinigt ist, liegen in großer Anzahl vor. Noch einer näheren Aufklärung, durch unter natürlichen Verhältnissen angestellte Versuchsreihen, bedürftig scheint mir aber die Frage zu sein, ob ein aus beträchtlicher Tiefe in einer Anlage mit vollkommen undurchlässigen Seitenwandungen gehobenes Grundwasser, das in einheitlicher Schicht bis nahe an die Bodenoberfläche reicht, sich von gleich vollkommener Qualität erweist, wie aus der gleichen Tiefe geschöpftes Wasser, das in größerer Entfernung von der Bodenoberfläche gelagert ist, selbstverständlich bei gleicher Anordnung und Größe der Bodenelemente; mit anderen Worten, ob die vertikale Filtration im Bereiche der vollkommen mit Wasser erfüllten Bodenschichten sich ebenso günstig gestaltet, wie in der kapillaren und in der Durchgangszone. Genauere und ausgedehntere Beobachtungen über diese wichtige Beziehung liegen nicht vor. Erwägt man, daß in der entsprechend ihrer maximalen Wasserkapazität mit Wasser gefüllten Bodenzone andere physikalische Einflüsse auf die Wasserbewegung, gewiß auch auf deren Geschwindigkeit sich geltend machen müssen, so ist es sogar recht wahrscheinlich, daß die vermuteten Differenzen in der Qualität tatsächlich bestehen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über die Verschlimmerung der Tabes und progressiven Paralyse durch Unfälle. Von Dr. Leopold Feilchenfeld.

I. Tabes.

Feilchenfeld hat in mehreren Arbeiten darauf hingewiesen, daß zunächst die Tatsache der Verschlimmerung festgestellt werden muß, wenn man die Verschlimmerung eines inneren Leidens durch einen Unfall annehmen soll. Ebenso wie die Symptome und der Verlauf einer jeden typischen Krankheit deutlich erkennbar gemacht werden können, so kann man auch für die meisten Krankheiten die charakteristischen Merkmale der Verschlimmerung a priori festlegen. Zunächst fallen diejenigen Fälle fort, in denen die Verschlimmerung nur eine vorübergehende ist. In der Natur vieler Krankheiten liegt es, daß Schwankungen sich zeigen, Exazerbationen, Steigerungen der Krankheitserscheinungen, die demnächst von Besserungen, Remissionen, gefolgt sein können. Dies trifft besonders für die Tabes und die progressive Paralyse zu. Auch darf nicht als Verschlimmerung gelten, wenn etwa einige nebensächliche Symptome des ursprünglichen Leidens in geringem Grade gesteigert sind. Vielmehr erwartet man von vornherein, daß eine merkliche Verschlimmerung, also eine auch objektiv wahrnehmbare, vorhanden ist und eine anhaltende angenommen werden muß, um später der Frage näher zu treten, ob diese Verschlimmerung durch einen voraufgegangenen Unfall bewirkt worden ist.



Feilchenfeld hat vier Arten der Verschlimmerung als gewöhnlich in Betracht kommend aufgestellt. 1. Eine bestehende Krankheit ist in eine neue und ernstere Phase getreten. 2. Ein vorhandener nachweisbarer Prozeß hat eine größere Ausdehnung genommen. 3. Zu dem bisherigen Leiden ist eine in dem Krankheitsverlaufe begründete oder außergewöhnliche Komplikation getreten. 4. Der tödliche Ausgang wurde schneller als sonst zu erwarten wäre, herbeigeführt.

Punkt 2 wird für die Tabes und progressive Paralyse keine Anwendung finden, da hier die objektive Feststellung der dem Leiden zugrunde liegenden Veränderungen überhaupt nicht möglich ist, wie etwa bei einer Geschwulst oder einer tuberkulösen Lungenaffektion. Bei beiden Krankheiten können wir vielmehr nur aus den Symptomen und dem Allgemeinbefinden auf das Fortschreiten des pathologischen Prozesses schließen.

Wir haben demnach — zunächst die Tabes — folgende Möglichkeiten der Verschlimmerung zu unterscheiden. Die bisher latent verlaufende Tabes ist kurz nach dem Unfall offenbar geworden. Der bisher notorisch leidende, aber arbeitsfähige Patient ist jetzt außerstande, etwas zu leisten. Die bisher nur in geringem Grade ausgesprochenen Symptome haben sich erheblich gesteigert. Also bisher war nur Blasenschwäche vorhanden, jetzt besteht Blasenlähmung. Bisher bestanden Gelenkschmerzen, jetzt sind Gehstörungen nachweisbar. Oder bisher Gehstörung, jetzt Unmöglichkeit zu gehen. 2. Bisher waren nur leichte Erscheinungen nachweisbar, wie Pupillenstarre und Ataxie, jetzt ist eine Komplikation hinzugetreten, Arthropathie oder Blasenstörung, oder Atrophie des Sehnerven und Erblindung, also die Beteiligung eines bisher nicht betroffenen Organs oder Systems. Oder die Komplikation hat mit der Tabes direkt nichts zu tun, wie z. B. eine Neurose, die nach dem Unfall hinzutreten kann, oder irgend ein anderes zufälliges Leiden, das bei der schon bestehenden organischen Krankheit als wesentliche Verschlimmerung dieser ins Gewicht fällt. 3. Der sonst langsame Verlauf der Tabes ist nach dem Unfall offensichtlich beschleunigt worden und der Tod in verhältnismäßig kurzer Zeit eingetreten.

Sobald die Tatsache der Verschlimmerung eingetreten ist, muß die Frage erörtert werden, ob der angeschuldigte Unfall die Verschlimmerung verursacht hat. Es kommt überaus häufig vor, daß der Unfall ganz unerheblich war und in gar keiner Beziehung zu der tatsächlichen Verschlimmerung der Tabes steht. Wenn z. B. der Unfall in einer Fingerverletzung bestand und einige Monate später plötzlich Erblindung infolge von Sehnervenatrophie eintritt, so darf man den Unfall als außer Zusammenhang mit der Verschlimmerung der Tabes stehend betrachten.

Die Haupterfordernisse für Annahme der Kausalität eines Unfalls bei Verschlimmerung innerer Krankheiten sind nun folgende: 1. Erheblichkeit des Unfallereignisses. 2. Lokalisation der Unfallverletzung am Orte, oder in der Nähe des Sitzes der inneren Erkrankung. 3. Kontinuität der Krankheitserscheinungen, d. h. die zeitliche Folge im Anschluß an die Verletzung. 4. Die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhanges nach der Pathogenese der betreffenden Erkrankung.

Wenn wir wiederum nach diesen Kriterien den Einfluß eines Unfalls auf die Verschlimmerung der Tabes beurteilen, so werden wir zunächst alle Unfälle zurückweisen, die nicht eine erheblichere Bedeutung gehabt haben. Es muß wenigstens, wenn schon keine objektiven Zeichen der Unfallverletzung nachweisbar waren, sicher ein ernstliches Kranksein unmittelbar nach dem Unfallereignis beobachtet worden sein. Das Ereignis muß eine gewisse Gewalt gehabt haben. Was den zweiten Punkt anbetrifft, so wird man entweder die Lokalisation an den Extremitäten oder an der Wirbelsäule und dem Schädel voraussetzen. Man wird hier besonders häufig auf die Erscheinungen der Erschütterung des Rückenmarks fahnden, weil man gewohnt ist, in dieser nicht nur die Ursache der Verschlimmerung, sondern auch zuweilen der Entstehung von Rückenmarkskrankheiten zu sehen. Man fand nach schweren Gewalteinwirkungen auf das Rückenmark Degenerationsherde in der Rückenmarksubstanz, und zwar nutritive Störungen, die zu einem völligen Zerfall der Zellen führen können.

In zweiter Reihe ist die Frage für Tabes von großer Bedeutung, inwiefern die Krankheit durch ein peripherisches Trauma verschlimmert werden kann. Früher hat man sich mit der Theorie von der Neuritis geholfen, die aber so ziemlich, wenigstens für die Tabes, verlassen ist. Dafür hat man eine vorzügliche Handhabe in der Edingerschen Lehre von dem Verbrauch der Nervensubstanz. An der Tatsache ist nicht zu zweifeln, daß oft erst und hauptsächlich die Erscheinungen der Tabes an den verletzten Gliedmassen auftreten und viel später die allgemeinen Zeichen des Leidens hervortreten. Diese Beobachtung läßt sich sehr gut durch die Edingersche Theorie erklären. Solche Erwägungen, die zunächst den Ort der Verletzung betreffen, beziehen sich zugleich auf Punkt 4. auf die Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs der Verschlimmerung nach Pathogenese der Tabes.

Die dritte Forderung, der zeitlichen Folge der Krankheitserscheinungen im Anschluß an die Verletzung, kann wiederum nur unter Berücksichtigung der Pathogenese der Tabes beantwortet werden. Die Krankheitssymptome müssen, wenn wir eine Verschlimmerung als Unfallfolge annehmen sollen, in kurzer Zeit nach der Verletzung auftreten. Als äußerste Grenze darf man hiefür ein halbes Jahr annehmen. Andererseits wird man besonders bei sehr geringfügigem Unfallereignis eine sehr bald nach diesem auftretende Verschlimmerung der Tabes nicht auf den Unfall beziehen dürfen, weil eine gewisse Zeit verstrichen sein muß, um eine nachteilige Veränderung in dem Rückenmark zu beobachten. Allerdings wird eine solche Veränderung schneller eintreten können, wenn die Tabes notorisch vorher bestanden hat, als wenn sie vorher latent und das Unfallereignis unerheblich war.

Zur Pathogenese der Tabes gehört noch die Erwähnung der Syphilis, die von den meisten Nervenärzten als hauptsächlichste Ursache des Leidens angesehen wird. Aber die Beziehungen zwischen Tabes — Syphilis — Trauma sind im ganzen vollkommen erklärt. Riedinger führt aus einem Gutachten folgendes Zitat an: „die Durchsicht der Literatur ergibt, daß ein Zusammenhang zwischen Trauma und Tabes nicht ausgeschlossen werden kann. Als eine der Ursachen wird Syphilis angenommen. Die Schädigung des Rückenmarks, wie sie durch die Erschütterung desselben gegeben ist, macht dieses Organ für eine postsyphilitische Erkrankung empfänglich, während ohne Trauma eine frühere Syphilis vielleicht ohne Rückenmarkserkrankung geblieben wäre". Man wird demnach in den meisten Fällen, in denen ein ernstes Trauma vorlag, trotz nachgewiesener Syphilis die Verschlimmerung immer auf das Trauma beziehen müssen. Ein hervorragender Nervenarzt sagt — wiederum nach Riedinger — „doch stehe ich nicht auf dem Standpunkt, das ein solches Trauma (heftige Rückenmarkserscheinungen) an und für sich imstande sei, das in einer systematischen, organischen Erkrankung bestimmter Abschnitte des Rückenmarks bestehende Leiden zu erzeugen. Vielmehr kann einstweilen nur soviel als anerkannt betrachtet werden, daß das Trauma entweder als mitwirkender Faktor an dem Zustandekommen der Krankheit beteiligt ist oder die schon — selbst im Stadium der Latenz — bestehende wesentlich verschlimmern bezw. aus der verborgenen in die offenkundige überführen kann". (Berl. klin. Wochenschr. Nr 5, 1908.)

*

Unfall und Diabetes. Von Dr. Paul Zander.

Der damals 57 Jahre alte Rohrleger Karl H. erlitt am 9. Dezember 1905 dadurch einen Unfall, daß er von einer Leiter in einen Kellerschacht fiel. Er zog sich hiebei eine Rückenquetschung zu, weswegen er jedoch seine Arbeit nicht aussetzte. Bei der Untersuchung am 17. Mai 1906 klagte H. über Schmerzen im Rücken bei Bewegungen, insbesondere bei Drehen desselben. An der Wirbelsäule war objektiv nichts Krankhaftes festzustellen, was auf den Unfall zurückzuführen



wäre. Es bestand von früher Jugend her eine leichte Verbiegung der Wirbelsäule nach links. Auch die Muskulatur ließ keine krankhafte Veränderung erkennen. Dagegen fand man bei der Beweglichkeit eine gewisse Steifigkeit des Rückens, die wahrscheinlich durch die Schmerzen verursacht war. H. konnte sich nicht so weit bücken, wie es normalerweise der Fall ist, stützte sich beim Aufrichten mit den Händen an den Oberschenkeln, besonders war jedoch die Seitwärtsbeugung und Drehung des Rumpfes behindert. Infolge dieser schmerzhaften Behinderung der Drehung erhielt H. noch eine Rente von 15%, während eine Anfang Mai 1906 festgestellte Erkrankung an Diabetes mellitus als mit dem Unfall in keinem Zusammenhang stehend zurückgewiesen wurde. H. legte hiegegen Berufung beim Schiedsgericht ein und beantragte das Heilverfahren wegen der Zuckerkrankheit zu übernehmen und ihm die Vollrente zu geben. Er wurde auf Veranlassung des Schiedsgerichtes in einem Krankenhause beobachtet.

Das Obergutachten besagte folgendes: Die Erkrankung ist bis jetzt recht milde verlaufen, die Menge der Urinausscheidungen zeigt gegen diejenigen Gesunden kaum einen Unterschied. Zucker beginnt im Urin erst aufzutreten, wenn die Menge der aufgenommenen Kohlehydrate 175 *g* übersteigt, was ungefähr einer Brotportion von 300 *g* entspricht. H. darf also bei seiner Ernährung dieses Maß der Kohlehydrate nicht überschreiten. Da aber Kohlehydrate für den körperlich Arbeitenden ein sehr wichtiges Ernährungsmittel bilden und da sie anderseits zugleich die billigsten Nährstoffe — Brot, Kartoffeln — darstellen, so bedeutet ihr teilweiser Ersatz durch die teueren Eiweißstoffe — Fleisch — und Fette für H. einen Verlust, der mit der bisher gewährten Rente von 30% nicht ausgeglichen ist, dagegen durch eine Rente von 30% selbst unter Berücksichtigung einer etwa durch die Krankheitsbeschwerden verminderten Arbeitsfähigkeit als ausreichend entschädigt anzusehen ist.

Eine Verschlimmerung des Leidens wird, wie ziemlich sicher zu erwarten steht, bei Beobachtung der notwendigen Vorsicht in der Ernährung auch unter Fortsetzung der Arbeit nicht eintreten.

Das Reichsversicherungsamt ist dieser Annahme insofern gefolgt, als es sowohl für die Zuckerharnuhr wie für die von dem Kläger noch behaupteten Rückenschmerzen eine Rente von 30% als angemessene Entschädigung erachtet hat. (Mediz. Klinik Nr. 5, 1908.)

*

Über den Begriff der Neurasthenie. Von Privatdozent Dr. Robert Bing. (Schluß.)

Als das bekannteste und vielleicht häufigste Paradigma der Phobien ist Ihnen allen Westphals Agoraphobie, die Platzangst, geläufig. Es handelt sich dabei bekanntlich um ein überwältigendes Angstgefühl, das den Patienten jedesmal befällt, wenn er einen häuserfreien Platz zu überschreiten hat. Ein Angstgefühl, das sich in den Gesichtszügen ausdrückt, das mit Blässe und Herzklopfen einhergeht, kalten Schweiß hervorbrechen und die Speichelsekretion versiegen läßt. Ein Angstgefühl, bei dem der Befallene die Empfindung hat, als müsse er zu Boden sinken, als würden seine Beine gelähmt. Ein Angstgefühl, das in schweren Fällen den Menschen tatsächlich zwingt, umzukehren, oder den Häusern entlang zu schleichen, oder die Begleitung eines fremden Passanten sich auszubitten — obgleich ihm das Unmotivierte und Absurde seiner Phobie durchaus bewußt ist. — Endlos ist die Reihe andersartiger Phobien, die als häufiges oder gelegentliches Vorkommnis im Bilde der konstitutionellen Neurasthenien uns entgegentreten, und für die man eine ebenso endlose Reihe komplizierter Fremdwörter geprägt hat: die Siderodromophobie, die Furcht vor Eisenbahnfahrten, die Gephyrophobie, die Furcht vor dem Überschreiten einer Brücke, die Klaustrophobie, die Furcht vor dem Aufenthalte in einem engen Raume usw. usw. Alles Erscheinungen, die, nach ihrer Intensität wie nach ihrer differenzierten Färbung, sich von der vagen Ängstlichkeit des akzidentellen Neurasthenikers streng sondern.

Eng verwandt mit den Angstzuständen sind die Zwangsvorstellungen, an denen so oft die konstitutionell Neurasthenischen leiden. „Vorstellungen, die nicht auf assoziativem Wege entstehen, sondern unvermittelt auftauchen und sich in den Ideenkreis mit Gewalt hineindrängen, so daß sie aus demselben nicht fortgebannt werden können, obgleich das Individium sie selbst wie etwas Fremdes, dem geistigen Ich nicht Zugehöriges betrachtet" — so werden sie von Oppenheim definiert. Hier brauche ich nur an das häufigste Paradigma zu erinnern, an die Grübel- und Zweifelsucht, schon lange vor Beard durch Griesinger, Legrand du Saulle und Falret studiert. Es sind Fragen, die sich unmotiviert und stets aufs Neue dem Geiste aufdrängen: Warum habe ich das gesagt und nicht jenes? oder aber Zweifel, die selbst gleichgültige Handlungen zu quälenden Ereignissen werden lassen und oft mit ängstlichen Vorstellungen verknüpft sind. Wäre es nicht besser gewesen, diese Reise nicht zu unternehmen? Könnte ich nicht dadurch zum Opfer eines Eisenbahnunglücks werden, oder könnte nicht während meiner Abwesenheit zuhause ein Einbruch geschehen? Oder: habe ich nun den eingeworfenen Brief wirklich frankiert? Habe ich nicht vergessen meine Haustür zu schließen? Habe ich das Gas nicht auszudrehen unterlassen? — Zwangsartig treten bei den unbedeutendsten Anlässen solche Zweifel (wie sie natürlich episodisch auch in physiologischer Breite vorkommen können) auf, sind aber hier unproportioniert heftig, und zweitens so hartnäckig, daß sie den Kranken nicht zur Ruhe kommen lassen — obwohl (und zum Teil auch gerade weil) vollkommene Einsicht für das Unsinnige und Pathologische dieser Erscheinurg besteht, einer Erscheinung, die sich von der generellen Unentschlossenheit des akzidentell Neurasthenischen leicht abgrenzt. — Schwere Symptome sind schon die Arithmomanie, der Zwang, die Fenster eines Hauses, die Laternen einer Straße, die Blumen eines Tapetenmusters zu zählen, die Onomatomanie, der Zwang, nach gewissen vergessenen Eigennamen zu suchen usw.

Was den psychischen Mechanismus der eigentümlichen Phänomene der Phobien und Obsessionen anbelangt, so dürfen wir wohl mit gutem Gewissen ein „Ignoramus" aussprechen — den der Versuch des Wiener Neurologen Freud, die Zwangsvorstellungen ganz allgemein symbolisch aus gewissen „verdrängten" Vorgängen erotischer Natur abzuleiten (eine Frage, auf die wir heute nicht eingehen können) verdient durchaus die fast einstimmige Zurückweisung, die ihr zuteil geworden ist. Ebenso halten wir die von ihm vorgenommene scharfe Scheidung zwischen einer Angstneurose und einer Zwangsneurose für undurchführbar. Vielmehr empfiehlt es sich, beide Formen nebst ihren ebenso stark vertretenen Übergängen mit Janet und Raymond als Psychasthenien zu bezeichnen.

Dieser Name ist vortrefflich. Denn die „psychische Kraftlosigkeit" (und eine solche ist doch durch das trotz voller Einsicht wehrlose Unterliegen unter überwertige Ideen gegeben) drückt dem ganzen klinischen Bilde einen charakteristischen Stempel auf. Das will nun nicht heißen, daß körperliche Krankheiten fehlen — doch spielen sie eine bei weitem geringere Rolle als bei der erworbenen Neurasthenie. Besonders scheint uns der Umstand Betonung zu verdienen, daß Kopfdruck und Schlaflosigkeit nie sehr hohe Grade erreichen, meistens sogar ganz fehlen. Und unter dem objektiven Stigmen, die wir bei der akquirierten Form erwähnten, pflegen nur die Reflexsteigerung und die kardiovaskuläre Labilität in stärkerer Intensität sich geltend zu machen, zuweilen auch der vibrierende Tremor. Von sonstigen somatischen Phänomen verdient freilich noch das nicht allzu seltene Vorkommen tickartiger Zuckungen Erwähnung.

Die Begriffe Psychasthenie und konstitutionelle Neurasthenie würden sich also decken, wenn nicht ein ziemlich beträchtliches Kontingent von sicher konstitutionellen Fällen das phobisch und obsessive Element ganz vermissen ließen und sich dem Bilde der akzidentellen Neurasthenie beträchtlich näherten. Freilich tragen sie dann gewöhnlich einen



chronischen Charakter, lassen den Zeitpunkt ihrer Entwicklung überhaupt nicht präzisieren und haben eine weniger stürmische Symptomatologie. Trotzdem sind gerade diese Fälle prognostisch viel ernster zu beurteilen, therapeutisch viel undankbarer — was selbstverständlich auch für die Psychasthenien gilt. Sowohl in Hinsicht auf psychische als auf körperliche Behandlung erheischt die ganze konstitutionelle Gruppe eine viel energischere Inangriffnahme: hier ist das eigentliche Gebiet der Weir-Mitchellschen Mastkuren; hier wird man oft gezwungen, zu der heute mit Recht so sehr in ihren Indikationen eingeschränkten Hypnose zu greifen. Und trotzdem sind die Erfolge nie ideale und selten dauernde — im Gegensatze zu den akzidentellen Formen —, so daß auch ex juvantibus die Differenzierung der beiden Gruppen sich ergibt.

Daß nun der konstitutionell Neurasthenische, wenn er in den Existenzkampf gestellt und affektbetonten Überanstrengungen ausgesetzt wird, zu einer Potenzierung seiner Beschwerden neigt, die ihn dann zuweilen aus den neurologischen in das psychiatrische Gebiet hinüberleiten kann, ist begreiflich. Und daraus ergibt sich für uns das unabweisbare Postulat, bei der Berufswahl neuropathisch veranlagter Kinder dem sachverständigen Rate Gehör zu verschaffen und für Lebensbedingungen Sorge zu tragen, die den ab ovo nervös Minderwertigen nach menschlicher Voraussicht ein gewisses Maß von Lebensglück sichern.

Wir können diese Ausführungen nicht beschließen, ohne noch auf die leider allzuhäufigen schweren diagnostischen und praktischen Mißgriffe hinzuweisen, die aus der Ausdehnung des Begriffes Neurasthenie auf Zustände entspringen, die mit ihr nichts als eine mehr oder weniger weitgehende semiologische Analogie gemein haben. Die Besprechung der differentialdiagnostischen Kennzeichen dieser Zustände ist eine Aufgabe für sich, wir müssen uns heute mit einer bloßen Aufzählung bescheiden. Zunächst seien die sogenannten Pseudoneurasthenien erwähnt, die als Symptome einer organischen Erkrankung der Nervenzentren auftreten: die arteriosklerotische, die alkoholische, die prädementielle Pseudoneurasthenie; letztere kann sowohl als Vorläuferstadium der progressiven paralytischen Demenz, als auch sämtlicher Formen der Dementia praecox (ihrer einfachen, paranoiden, hebephrenischen und katatonischen Form!) beobachtet werden. Vor kurzem stellte die französische Irrenärztin Mlle. Pascal fest, daß von 75 in die Anstalt Ville-Evrard eingelieferten Patienten mit Dementia praecox 32 zuerst fälschlich auf Neurasthenie diagnostiziert und behandelt worden waren, ein Irrtum, der für den Kranken, seine Familie und die Gesellschaft schwere Folgen nach sich ziehen kann und dem nur genaues Vertrautsein mit dem Begriff der Neurasthenie vorzubeugen vermag. — Noch häufiger kommt es vor, daß die rudimentären Formen anderer Neurosen, ihre sogenannten „Formes frustes", aus Bequemlichkeit und ungenügender Analyse in das beliebte diagnostische Schubfach Neurasthenie geschoben und infolgedessen einer adäquaten Behandlung nicht teilhaftig werden: vor allem Fälle von Hysterie, dann solche von Basedowscher Krankheit und endlich jene abgeschwächten Formen der manisch-depressiven Gemütsstörung, die als Zyklothymie bezeichnet werden.

Natürlich kommen Misch- und Übergangsformen zwischen der Neurasthenie und den meisten anderen Neurosen vor — das sei zum Schlusse dieser Ausführungen noch besonders ausdrücklich betont. (Mediz. Klinik, 1908.)

III. Aus der Praxis.

Wirkung kolloidaler Metalle.

Über die physiopathologische Wirkung kolloidaler Metalle auf den Menschen haben Ascoli und Izar am Institut für spezielle Pathologie in Pavia Untersuchungen angestellt. Von den erhaltenen Resultaten seien als wichtigste folgende genannt: Die intravenöse oder subkutane Injektion kleiner Mengen von kolloidalen Silber- oder Platinlösungen, welche vorher durch Zusatz von Gelatine stabilisiert worden waren, hatte eine deutliche Zunahme der Stickstoffausfuhr zur Folge. Diese Zunahme kommt hauptsächlich dadurch zustande, daß die Harnsäureausscheidung außerordentlich ansteigt. Letztere Beeinflussung ist eine so starke, daß sie auch nach rektaler und stomachaler Einverleibung des Mittels, bei welchen Arten des Vorgehens sich keine deutliche Änderung der Gesamt-N-Ausfuhr nachweisen ließ, deutlich zutage trat.

Der Phosphorstoffwechsel erfuhr keinerlei Veränderungen, so daß scheinbar in den kolloidalen Metallen ein Mittel gegeben ist, den Stoffwechsel in ganz bestimmter Richtung zu beeinflussen.

Sterilisation der Metallösungen bei 120° hebt ihre physiologische Wirksamkeit auf. Nicht stabilisierte Lösungen stehen den stabilisierten außerordentlich weit an Wirkungsstärke nach. Bei einem der Versuche trat Temperatursteigerung auf, bei den anderen fehlte diese Erscheinung. Bei einigen Versuchen wurde einige Stunden nach der Injektion ein Gefühl der Mattigkeit und Abgeschlagenheit empfunden. (Biochemische Zeitschr., H. 5 u. 6, 1907.)

Geheimmittel gegen Asthma.

Die Zusammensetzung der Geheimmittel gegen das Asthma bronchiale bespricht I. Saidiner in einer wertvollen und interessanten Berliner Dissertation (1907), die auf Anregung von Prof. F. Kraus und mit Unterstützung von Brugsch entstanden ist. Nicht weniger als 59 derartige Geheimmittel hat er zusammenstellen können, aber trotz ihrer großen Anzahl bieten diese nichts, was der wissenschaftlichen Medizin nicht schon bekannt wäre. Die Analysen der Geheimmittel, die der Verfasser anführt, erlauben folgendes Schema:

I. Innerliche Mittel.
a) Jodkali und Narkotikum,
b) Digitalis mit oder ohne Narkotikum,
c) Expectorantia mit und ohne Narkotikum.

II. Verstäubungsmittel für die Nase, hauptsächlich:
Atropin. — Kokain. — Menthol.

III. Räucherungsmittel:
a) Solaneen,
b) Kalium nitricum,
Kalium nitrosum.

„Für den Arzt ist eine Kenntnis der Geheimmittelliteratur nicht unwichtig, da die medikamentöse Therapie des Asthma bronchiale zum größten Teil von der Geheimmittelliteratur erschöpft wird; anderseits der Arzt auch von diesem und jenem Mittel durchaus ohne Schaden des Patienten Gebrauch machen kann. So ist die Anwendung des Tuckerschen und Brügelmannschen Mittels zu einem Versuch durchaus anzuraten".

Tuckers Geheimmittel ist eine angenehm riechende, braunrote, klare Flüssigkeit, die mittels Zerstäubers in die Nase und tieferen Luftwege gebracht wird. In 100 Teilen enthält das Mittel:

Atropinsulfat	1·0
Natr. nitrit	4·0
Pflanzenextrakt (Koka oder Belladonna?)	0·52

Brügelmannsche Lösung enthält: Atropin, Kokain, Koka, Glyzerin, Säure.

Kombinationswirkung von Morphium und Chloralhydrat.

Über die Kombinationswirkung von Morphium muriaticum und Chloralhydrat bei gleichzeitiger intravenöser Applikation berichtet Wilh. Knell in seiner Dissertation (Gießen 1907). Die intravenöse Injektion von Morphium muriaticum und Chloralhydrat erzeugt bei Anwendung relativ kleiner Dosen eine Kombinationswirkung von großer Energie und langer Dauer. Die Gesamtwirkung ist stärker als sie durch Addition der Einzelwirkungen erwartet werden könnte. Bei geeigneter Wahl der Dosen kann eine tiefe Narkose erzeugt werden. Diese Dosis beträgt pro 1 *kg* Körpergewicht beim Pferd: Morphium mur. 0·001 bis 0·002 und Chloral 0·07; beim Kaninchen: Morphium mur. 0·01 und Chloral 0·1; beim Hund: Morphium mur. 0·002—0·003



und Chloral 0·1. Dem Morphium mur. ist in der Kombinationswirkung haupsächlich die Lähmung der Sensibilität, dem Chloral die motorische Lähmung zuzuschreiben. Die Dauer der durch die Kombinationswirkung von Chloralhydrat und Morphium erzielten Narkose läßt sich durch Nachspritzen von Morphium mur. in kleinen Dosen bei beginnender Abschwächung der durch die erste Injektion erzielten Wirkung verlängern. (Zentralblatt für gesamte Therapie 2/1908.)

C. A. Ewald weist darauf hin, wie früh sich der Magen beim **Ileus** mit Darminhalt füllt. Man kann oft nach Einführung eines Magenschlauches aus dem Magen einen stark fäkalriechenden Inhalt bereits zu einer Zeit herausholen, wo kaum der Verdacht, daß es sich um einen Darmverschluß handeln könne, vorliegt. Man soll daher in jedem Falle von Darmverschließung, auch wenn noch kein Zeichen von Kotansammlung im Magen (wie z. B. fäkulentes Aufstoßen) eingetreten ist, diesen ausspülen. Dabei füllt er sich sehr schnell wieder mit kotigem Inhalte, so daß die Ausspülung an einem Tage häufig wiederholt werden muß. Diese Behandlung ist wichtig, denn es werden dadurch große Mengen toxisch wirkender Massen der Resorption entzogen.

Stimulans bei chronischer Herzschwäche.

Rp. Tinct. Digitalis 0·3—1·0
Natrii carbonici 0·6
Kalii carbonici 0·3
Natrii jodati 0·15
Tinct. Cardamomi comp. 0·18
Aq. Cinnamomi ad 30·0.—
Auf einmal zu nehmen.

Schwindel und Ohrensausen.

Rp. Chinin. hydrochloric. 1·0
Pulv. Althaeae.
Extract. Gentian, aa q. s. ut f. pilul. Nr. X.
D. S. 3mal tgl. 1 Pille zu nehmen.
Oder:
Acid. hydrobromic. (10%) 20·0
D. S. 3mal tgl. 10—30 Tropfen 1/4 Stunde nach der Mahlzeit zu nehmen. Hinterher mit einer Lösung von 1/2 Kaffeelöffel Natrium bicarbonicum auf ein Glas Wasser gurgeln.

IV. Notizen.

München. Das hiesige Arbeitermuseum ist eines der interessantesten und bestgeleitetsten Museen. Man verdankt seiner Initiative die Kenntnis so mancher Dinge, die für die Beurteilung der Arbeiterfrage bedeutungsvoll sind. Nun tritt die Museumsleitung an eine neue Aufgabe heran und veranstaltet in den Monaten September und Oktober eine Sonderausstellung über Ernährungswesen, die die schwierigen Verhältnisse in der Ernährung der breiten Schichten des Volkes klarlegen und über die Bedeutung der Nahrungsstoffe, über wirtschaftliche und soziale Ernährungsfragen, über Gebrauchsgegenstände usw. unterrichtend und aufklärend wirken will. Wie die Museumsleitung mitteilt, haben die Aussteller lediglich die Transport- und etwaige besondere Aufstellungskosten zu tragen, Platzmiete wird nicht erhoben. Auskünfte erteilt der geschäftsführende Beamte Karsch des Arbeitermuseums, Bureau Pfarrstraße 3, München.

Bad Preblau. Als Nachkur nach Karlsbad, Franzensbad und Marienbad eignet sich Preblau in ganz vorzüglicher Weise, da dieser Kurort den Erholungsbedürftigen alle Annehmlichkeiten einer herrlichen Landschaft bietet; zu diesen gesellt sich die würzige Alpenluft, prachtvolle hundertjährige Nadelwälder, modernste Kurbehelfe sowie mäßige Wohnungs- und Pensionspreise. Außerdem steht den Patienten ein Kurarzt jederzeit zur Verfügung. Nähere Auskünfte erteilt und Prospekte versendet kostenfrei die Kurverwaltung Preblau.

Zur Zahntechnikerfrage. München. Die Abgeordnetenkammer hat zurzeit die Petition der approbierten Bäder um Aufhebung des Verbotes des Zahnplombierens der Regierung zur Berücksichtigung überwiesen. Der Ausschuß des Reichsrats beschloß hingegen, die Petition der Regierung nur zur Kenntnisnahme hinüberzugeben. Minister v. Brettreich erklärte im Ausschuß, er wäre an sich geneigt, den Badern entgegenzukommen, allein der Obermedizinalausschuß sei bei einer wiederholten Beschlußfassung zu dem Ergebnis gekommen, daß man dem Bader das Plombieren der Zähne nicht erlauben könne, da dies oft schwierig und mit gesundheitlichen Gefahren verbunden, der Bader aber dieser seiner Aufgabe nach seiner Ausbildung nicht gewachsen sei. In Österreich aber will man den Technikern das Plombieren gestatten, da jeder Rückschritt hier auf zarte Rücksichten rechnen kann.

— Aus Anlaß des I. internationalen Kongresses für Rettungswesen ist die Esmarchmedaille folgenden Herren verliehen worden: Wirkl. Geh. Rat Professor Dr. Althoff (Berlin-Steglitz), Brandinspektor Anhagen (Kiel), Kaiserl. Rat Dr. Charas (Wien), Henri Dunant (Heiden), Dr. med. A. Ettlinger (Frankfurt a. M.), Oberbürgermeister Keil (Zwickau), Dr. med. Hans Kohler (München), Sanitätsrat Dr. med. Schwabe (Leipzig), Hermann Schwabe (Donaueschingen), Kommerzienrat Seyboth (München).

Programm der Ferialkurse. (September-Zyklus.) Pathologische Anatomie, Histologie und Bakteriologie. 1. Prof. Dr. Heinrich Albrecht: Pathologische Histologie. Honorar: 80 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Poliklinik. Min.: 6; 2. Prof. Dr. Anton Ghon: Pathologisch-anatomischer Demonstrationskurs. Hon.: 50 K. Zeit: 5—6½ Uhr. Ort: Seziersaal des patholog.-anatom. Institutes. Min.: 15; 3 Prof. Dr. Oskar Stoerk: Pathologische Histologie, ausgewählte Kapitel (nach Übereinkunft). Hon.: 60 K. Zeit: 4—5 Uhr, p. m. Ort: Patholog.anatom. Institut. Min.: 7; 4. Priv.-Doz. Dr. Julius Bartel: Histologie der Infektionskrankheiten mit spezieller Berücksichtigung der Tuberkulose und Syphilis. Hon.: 40 K. Zeit: Montag, Mittwoch, Freitag 3—4 Uhr. Ort: Patholog.-anatom. Institut. Min.: 6; 5. Priv.-Doz. Dr. Julius Bartel: Pathologische Histologie des Zentralnervensystems. Hon.: 40 K. Zeit: Montag, Mittwoch, Freitag 4—5 Uhr. Ort: Patholog.-anatom. Institut. Min.: 6; 6. Ass. Dr. Richard Wiesner: Bakteriologischer Kurs mit praktischen Übungen. Hon.: 70 K. Zeit: 3—5 Uhr oder nach Übereinkommen. Beginn 2. September. Ort: Patholog. Institut Zimmer Nr. 40. Min.: 10. — Pharmakognosie. 7. Prof. Dr. Heinrich Paschkis: Kosmetik. Honorar 200 K. Zeit und Ort: Später zu bestimmen. Min. 5; 8. Priv.-Doz. Dr. Josef Hockauf: Mikroskopie der offiziellen vegetabilischen Drogen für Physikatskandidaten. Hon.: 60 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: k. k. Untersuchungsanstalt für Lebensmittel (neues hygienisches Institut) Min.: 5; 9. Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Mitlacher: Mikroskopie der offiziellen Drogen für Physikatskandidaten. Hon.: 60 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Pharmakognostisches Institut (I., Universität). Min.: 5. — Gerichtliche Medizin. 10. Prof. Dr. Albin Haberda: Praktischer Kurs über gerichtliche Medizin. Hon.: 80 K. Zeit: 5—6½ Uhr nachm. 4mal in der Woche 1½ Stunden. Dienstag bis Freitag. Ort: Hörsaal des Institutes für gerichtl. Medizin, Leichenhof des Allgem. Krankenh. Min.: 6. — Medizinische Chemie. 11. Priv.-Doz. Dr. Sigmund Fränkel: Praktischer Kurs der Harnanalyse (qual. und quant.) Hon. 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Laboratorium der Spieglerstiftung, VIII., Alserstraße 53 III. Min.: 6; 12. Ass. Dr. Franz Frauenberger: Harnanalyse. Hon.: 50 K. Zeit: 11 Uhr. Ort: Hörsaal des Laboratoriums für medizinische Chemie. Min.: 8. — Interne Medizin. 13. Priv.-Doz. Dr. Josef V. Drozda: Klinische Kasuistik mit besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der Therapie. Hon. 50 K für Ärzte, 30 K für Stud. Zeit: 9½—11 Uhr vorm., event. nach Übereinkommen (3mal wöchentl.) Ort: I. mediz. Abteilung (Pav. D. & E) des k. k. Kaiser Franz Josef-Spitales X., an der Triesterstraße. Min.: 5; 14. Priv.-Doz. Dr. Hugo Salomon: Therapie der Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 10; 15. Priv.-Doz. Dr. Karl Ritter v. Stejskal: Diagnostik und Therapie innerer Krankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 11—12, 25h, 1. September. Ort: II. mediz. Klinik. Min.: 10; 16. Priv.-Doz. Dr. Karl Ritter v. Stejskal: Diagnostik der Abdominalerkrankungen. Hon.: 50 K. Zeit: 5—6, 25h, 1. September. Ort: II. med. Klinik. Min.: 6; 17. Priv.-Doz. Dr. Friedrich Wechsberg: Erkrankungen der Zirkulationsorgane. Hon.: 50 K. Zeit: 9—10 Uhr ev verlegbar. Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 8; 18. Ass. Dr. Nikolaus v. Jagić: Diagnostik und Therapie der Herz- und Lungenkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen, 20 Stunden. Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 6· 19. Ass. Dr. Nikolaus v. Jagić: Klinische Mikroskopie und Blutuntersuchung. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: I. mediz. Klinik. Min.: 6; Kinderheilkunde. 20. Hofrat Prof. Dr. Alois Monti: Praktische Anleitung zur Anwendung der Serumtherapie in der Kinderheilkunde. Hon. 20: K. Zeit: 10—11 Uhr. Ort: Allgem. Poliklinik, Mariannengasse 10, Kinderabteilung, parterre. Min.: 10; 21. Priv. Doz. Dr. Franz Hamburger. Praktikum der Kinderkrankheiten. Hon.: 60 K. Zeit: 2—3 Uhr. Ort: Allgemeine Poliklinik, Mariannengasse 10. Min.: 8; 22. Priv.-Doz. Dr. Carl Hochsinger: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 1½—2½ Uhr. Ort: I. Öffentl. Kinderkranken-Institut, I. Steindlgasse 2 (Tuchlauben). Min.: 5; 23. Ass. Dr. Ludwig Jehle: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Pädiatr. Klinik, IX., St. Anna Kinderspital. Min.: 6. — Neurologie und Psychiatrie. 24. Priv.-Doz. Dr. Alfred Fuchs: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten (mit Einschluß der wichtigsten Psychosen). Hon.: 50 K. Zeit: 12—1 Uhr, 25 Stunden. Ort: Ambulatorium für Nervenkranke, Allgem. Krankenhaus, IX. Hof; 25. Priv.-Doz. Dr. Alfred Fuchs: Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. Hon.: 20 K. Zeit:

Nach Übereinkommen. Ort: Ambulatorium für Nervenkranke, Allgemeines Krankenhaus, IX. Hof; 26. Priv.-Doz. Dr. Emil Raimann: Psychiatrie. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Psychiatrische Klinik des Allgem. Krankenhauses; 27. Priv.-Doz. Dr. Erwin Stransky: Psychiatrische Diagnostik. Hon: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen, I. Zusammenkunft am Tage des Beginnes 12 Uhr. Ort: Psychiatrische Klinik des Allgem. Krankenhauses, III. Hof, Zimmer Nr. 22. Min.: 6. (Schluß folgt.)

V. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle der Sanitätsgemeindegruppe Mannswörth-Albern bei Wien, politischer Bezirk Bruck a. d. Leitha (Niederösterreich), mit dem Wohnsitze des Gemeindearztes in Mannswörth, mit 1. Oktober d. J. zu besetzen. Mit dieser Stelle ist der fixe Bezug von 680 K (600 K von der Gemeinde Mannswörth und 80 K von Albern), sowie die freie Wohnung (bestehend aus 2 Zimmern, 1 Kabinet und 1 Küche) verbunden. Überdies war die Stelle vom niederösterreichischen Landesausschusse bisher mit 900 K jährlich subventioniert. Die Führung einer Hausapotheke ist erforderlich. Bewerber um diesen Posten wollen ihre mit den im § 11 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 1888, L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889, vorgeschriebenen Belegen (Heimatsschein, ärztliches Diplom, Altersnachweis, ein von einem k. k. Amtsarzte ausgestelltes physisches Tauglichkeitszeugnis und Sittenzeugnis) instruierten Gesuche bis spätestens 10. August d. J. an das Bürgermeisteramt Mannswörth einsenden, woselbst auch nähere Auskünfte erteilt werden.

Gemeindearztesstelle in der Sanitatsgemeinde Reidling, politischer Bezirk Tulln (Niederösterreich). Die Sanitätsgemeindegruppe umfaßt die Gemeinden Reidling, Hasendorf und Ponsee mit zusammen 1657 Einwohnern und 34·77 *km*² Flächenraum. Gemeindebeiträge 234 K, bisherige Subvention des niederösterreichischen Landesausschusses 800 K. Außerdem stellt die Gemeinde Reidling dem Arzte eine freie Wohnung in einem neuen Hause bei. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Das an den niederösterreichischen Landesausschuß zu richtende. mit den Nachweisen des Alters, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Praxisberechtigung in Österreich, der physischen Eignung und sittlichen Unbescholtenheit, sowie über die bisherige Verwendung belegte Gesuch ist bis längstens 15. August d. J. an das Bürgermeisteramt in Reidling einzusenden, wo auch nähere Ausküufte über diese Stelle erteilt werden.

Sekundararztesstelle in der öffentlichen allgemeinen Landeskrankenanstalt in Czernowitz (Bukowina), mit dem Bezuge jährlicher 1440 K und dem Naturalquartier in der Anstalt nebst Beleuchtung, Beheizung und Verpflegung nach der I. Klasse aus der Anstaltsküche. Die Dienstzeit des Sekundararztes ist auf zwei Jahre bestimmt und kann vom Landesausschusse von je zwei zu zwei Jahren bis zu sechs Jahren verlängert werden. Kompetenten um diese Stelle haben die Nachweise beizubringen über: a) die österreichische Staatsbürgerschaft; b) über das nicht vollendete 40. Lebensjahr; c) den Besitz des Grades eines Doktors der gesamten Heilkunde und die bisherigen praktischen Verwendungen; d) die Kenntnis der deutschen und mindestens einer der Landessprachen (rumänisch oder ruthenisch). Die gehörig instruierten Kompetenzgesuche sind beim Bukowinaer Landesausschusse und zwar von Bewerbern, die sich bereits in dienstlicher Stellung befinden, im Wege ihrer vorgesetzten Dienstbehörde bis zum 20. August 1908 zu überreichen.

VI. Eingesendet.

An die Ärzteschaft Österreichs!

Regierung und gesetzgebende Körperschaften, alle politischen Parteien in Österreich wetteifern in theoretischer sozialpolitischer Betätigung.

Trotzdem die praktische Sozialpolitik in vielen ihrer wichtigsten Belange auf die Mitwirkung der Ärtze angewiesen ist, mit dieser also in erster Linie gerechnet werden muß, hat man die Ärzte bisher den Wünschen und Bedürfnissen aller Bevölkerungsschichten ohne viel Federlesens, rücksichtslos und zwangsweise dienstbar gemacht.

Bei der Vorbereitung auch solcher sozialer Neuerungen, welche sie am meisten belasten, schaltete man die Ärzte systematisch aus, während alle anderen Stände, welche nur die Wohltaten und Vorteile dieser Neuerungen zu genießen bestimmt sind, zur Belastung der Ärzte mit der Regierung gemeinsame Sache machen.

Die Ärzte werden systematisch, ungefragt, wehrlos der Ausbeutung für die Sozialpolitik ausgeliefert.

So geschah es bis heute, so soll es weiter geschehen!

Zunächst bei der Reform der Krankenkassen-Gesetzgebung.

Alle Interessenten haben sich geeinigt, die bescheidensten Wünsche der Ärzteschaft: so die fakultative Zulassung der freien Arztwahl bei den obligatorischen Krankenkassen, wie die Bestimmung einer oberen Einkommensgrenze von 2400 Kronen für die Zulassung zur obligatorischen Krankenversicherung unerfüllt zu lassen.

Dazu erfloß die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes, nach welcher sich jedermann, der Lust und Liebe dazu empfindet, vom Bettler bis zum Millionär, vom Arbeiter bis zum Großgrundbesitzer, kurz jeder ohne Schranken, in einer registrierten Hilfskasse auf unentgeltliche ärztliche Behandlung versichern lassen kann.

Nach der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes steht es ganz im freien Ermessen und Belieben der registrierten Hilfskassen, ob sie Kassenärzte anstellen und schlecht bezahlen oder ob sie für alle, welche die obligatorischen Krankenkassen zwischen Proletariern und Reichen noch übrig lassen, pauschalierte Kassenärzte aufnehmen und noch schlechter bezahlen wollen.

Die Ärztekammern haben sich dem Belieben der registrierten Hilfskassen in dieser Beziehung einfach unterzuordnen; die Ärztekammern, die legalen Vertretungen der Ärzteschaft, haben sich den Wünschen einiger Macher von registrierten Hilfskassen willenlos und unweigerlich zu beugen!

Sie dürfen sich nach der gegen die Beschwerde der Wiener Ärztekammer erflossenen Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes dagegen nicht wehren.

Jede Abwehr gegen diese Vergewaltigung ist nach der Meinung der Staatsverwaltung und ihrer Organe eine Gesetzesverletzung, die von ihnen außer Kraft zu setzen ist.

Der Verwaltungsgerichtshof hat diese Ansicht durch seine Entscheidung sanktioniert.

Damit ist die Ärzteschaft Österreichs der Proletarisierung in wirtschaftlicher und dem Helotentum in ethischer Beziehung überliefert.

Es soll nur mehr geknechtete und schlecht bezahlte Kassenärzte geben.

Der freie ärztliche Beruf, der praktische Arzt ist damit auf das Aussterbeetat gesetzt!

Dieses Attentat gegen die Ärzteschaft Österreichs fordert zur Abwehr mit allen Mitteln heraus.

Der Existenzkampf ist uns aufgedrungen!

Es soll dafür gesorgt werden, daß die Regierung und die gesetzgebenden Körperschaften über die Notlage der Ärzte gründlich aufgeklärt werden. Seine Exzellenz der Herr Minister des Innern wird aus der in alle Einzelheiten eingehenden Denkschrift mit ihrer eingehenden Begründung die Überzeugung gewinnen müssen, daß das Wort von der Notlage der Ärzte, von dem dem ärztlichen Stande drohenden wirtschaftlichen und moralischen Ruin keine leere Phrase ist, sondern der traurigen Wirklichkeit entspricht.

Der hohen Regierung wird vorgestellt werden, daß die Ärzte bei der Durchführung der Krankenkassengesetze den wichtigsten Faktor bilden, mit dem gerechnet werden muß, den die Organisation auch ausschalten kann.

Die praktischen Ärzte, deren Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege als unbesoldete Sanitätsbeamte nicht zu entbehren ist; die Ärzte, die — allerdings nach vergilbten Hofkanzleidekreten und vormärzlichen Verordnungen — mit dem Berufszwange, der Humanität mit Zwangsvollstreckung, belastet sind; die Ärzte, die nach § 359 St. G. als unbesoldete Hilfsorgane der Polizei und der Gerichte gebraucht werden, die mit Vorliebe als kostenlose „sachverständige Zeugen" oder als Sachverständige im Strafverfahren nach einem Tarife, der vielfach nicht standeswürdige Ansätze aufweist, sich ver-



nehmen lassen müssen; die Ärzte, die, solange sie sich in ihren Wohnorten befinden, ja sogar außerhalb desselben einen Permanenzdienst leisten, bei Tag und Nacht, ohne Rücksicht darauf, ob sie Bezahlung zu erwarten haben oder nicht, der leidenden Menschheit zur Verfügung stehen müssen, weil für die nach dem Gesetze jederzeit leicht erreichbare ärztliche Hilfe von seiten der verpflichteten Behörden häufig nicht vorgesorgt ist; die Ärzte, die in keinem Verhältnisse zu allen anderen Berufsarten Lebensgefahr und Verantwortung tragen müssen; die Ärzte, die so wichtige staatserhaltende Tätigkeit im Belange der gesamten Bevölkerung in prophylaktischer und kurativer Beziehung ohne Entlohnung leisten müssen, sollen gewaltsam zugunsten aller anderen Staatsbürger weiter entrechtet und vergewaltigt werden.

Sollte die Langmut der Ärzte wirklich keine Grenzen haben?

Wir zweifeln daran, daß sie noch härtere Proben bestehen kann, als sie bisher bestanden hat.

Wäre es ein Wunder, wenn die Ärzte in ihrer Bedrängnis endlich daran dächten, alle diese Dienste, die sie bisher kostenlos geleistet haben, einzustellen?

Wäre es ein Wunder, wenn die Ärzteschaft, von allen Seiten in inhumanster Weise behandelt, endlich selbst die Humanität einstellt?

Gewiß würde es uns schwer fallen, aber Not bricht Eisen!

Ist es nicht eine Frivolität, die Ärzte durch Versagung aller Rechte zu einem Verzweiflungskampf zu drängen?

Oder weiß man nicht, was auf dem Spiele steht?

Immer noch geben wir uns der Hoffnung hin, daß eine hohe Regierung, daß die gesetzgebenden Körperschaften der allen Rechtsbegriffen hohnsprechenden Ausbeutung und dem Ruine des Ärztestandes ein Ziel setzen und unsere noch bescheideneren als gerechten Forderungen bezüglich der Reform der Krankenkassen-Gesetzgebung erfüllen werden.

Für alle Fälle aber müssen wir rüsten.

Unsere langjährigen Erfahrungen zwingen uns dazu.

Der Selbsterhaltungstrieb gebietet allen Kollegen, sich mit Hintansetzung aller Sonderbestrebungen wie ein Mann der Organisation anzuschließen und zu stehen einer für alle und alle für einen!

Im Zeitalter der Organisationen liegt alle Macht in der Organisation!

Wir müssen zum Kampfe gerüstet stehen, denn die Reform der Krankenkassen-Gesetzgebung steht auf der Tagesordnung.

Es muß die lückenlose Organisation der Ärzte Österreichs auch auf der Tagesordnung stehen und sie darf nicht mehr von der Tagesordnung verschwinden, bis unsere gerechten, unsere gemeinsamen Forderungen erfüllt sind.

Nur in diesem Zeichen können, werden, müssen wir siegen!

Für das Präsidium des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen

Dr. Adolf Gruß,
dz. I. Vizepräsident.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 33. Wien, 15. August 1908. Nr. 33.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Balneotherapie bei durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- und Gefäßerkrankungen.

Von **Dr. Maurus Fisch**, Wien-Franzensbad.

(Schluß.)

Ein weiterer Umstand, der gewisse Stoffwechselanomalien verursacht und in der Folge zu Herz- und Gefäßerkrankungen zu führen vermag, ist auch die „Autointoxikation", die durch Säuerung der Gewebe und Herabsetzung der Intraorganoxydation zustande kommt und die Anhäufung von Harnsäure im Organismus veranlaßt.

Die Pathologie bezeichnet diese Krankheitsformen mit dem Namen „uratischer Diathese", zu welcher mitunter auch unberechtigterweise Krankheiten gezählt werden, bei welchen sich im Körper Xanthinkörper ansammeln.

Im Organismus wird die Harnsäure als ein Zerfallsprodukt der nukleinhaltigen Körperelemente, der Purinkörper, gebildet, und zwar bei Krankheiten mit herabgesetzter Intraorganoxydation und verringerter Blutalkaleszenz, wie wir dies bei ausgesprochenen Autointoxikationen wahrnehmen können. Auf diese Weise werden die Anfälle von Gicht, Rheumatismus, Migräne, Epilepsie, geistiger Depression usw. durch Retention von Harnsäure erklärt.

Daß all diese Stoffwechselstörungen, sowie auch die mit ähnlichen Autointoxikationen einhergehenden akuten Fiebererkrankungen, Pneumonie, Leukämie, Phosphorvergiftung, Kachexie, Zirrhose der Leber, perniziöse Anämie der Leber, Verbrennungen und Verbrühungen der Haut usw. mit der Zeit auch schwere Herz- und Gefäßaffektionen nach sich ziehen können, ist eine anerkannte Tatsache.

Eine weitere Stoffwechselanomalie, die in ihrem chronischen Verlaufe ebenfalls Herz- und Gefäßstörungen zur Folge haben kann und hier ebenfalls Erwähnung verdient, ist der „Diabetes mellitus", eine Stoffwechselerkrankung, welche durch dauernden Zuckergehalt des Blutes, durch dauernde Hyperglykämie gekennzeichnet ist. Diese Hyperglykämie geht aber auch mit einer dauernden Mehrausscheidung von Zucker durch den Harn, also mit einer chronischen Glykosurie einher. Die Hyperglykämie des Organismus wird so erklärt, daß die Tätigkeit der zuckerzersetzenden Organzellen und somit der Verbrauch an Zucker beim Diabetiker abnorm erniedrigt ist, wofür man als Ursache bisher den Mangel der sogenannten inneren Pankreassekretion annimmt.

Die „uratische Diathese" und der „Diabetes mellitus" kommen sehr häufig auch zusammen oder noch mit einer dritten Stoffwechselanomalie vergesellschaftet im Organismus vor. Diese dritte Form, die „Adipositas universalis" (Fettsucht), ist durch eine vermehrte Fettanhäufung im Körper gekennzeichnet, und hat ihre Ursache entweder in der andauernd zu reichlichen Zufuhr von Nahrungsstoffen, oder dieselbe ist in einer bereits angeborenen, konstitutionellen Disposition gelegen, wie dies z. B. bei ganz jugendlichen Individuen oder in manchen Familien ererbt zu sein scheint.

Diese Art der Stoffwechselanomalie gilt überhaupt erst dann als pathologisch, wenn sich bereits Atem- und Zirkulationsstörungen als Folgeerscheinungen eingestellt haben.

Dasselbe kann auch von dem gegenteiligen Zustande, von der sogenannten „Unterernährung" als Stoffwechselstörung behauptet werden, die wiederum ihre Ursache in verschiedenen Grundleiden, wie: Tuberkulose, Karzinom, oder irgend ein beliebiger Erkrankungszustand des Digestionstraktus, des Zirkulationsapparates, oder der Nieren, oder gewisse fieberhafte Infektionen usw. haben kann. In anderen Fällen kann die Magerkeit bedingt sein durch nervöse Einflüsse, besonders nervöse Dyspepsie, in deren Folge Unlust zum Essen, und dadurch um so mehr Unterernährung des Körpers sich einstellen kann. Manchmal wieder ist die Magerkeit als sogenanntes genuines Leiden entstanden, wobei aber auch mitunter gewisse Entstehungsursachen, wie durchgemachte schwere Allgemeinerkrankungen des Organismus, z. B. Typhus oder abnorm große körperliche und geistige Anstrengungen, sexuelle Exzesse, Schwangerschaften, besonders aber die Stillung, endlich mangelhafte oder verfehlte Nahrungsaufnahme mitwirken können.

Was nun die Therapie der geschilderten, durch Stoffwechselstörungen bedingten Herz- und Gefäßerkrankungen betrifft, so ist es klar, daß die therapeutischen Bestrebungen zunächst auf die sorgfältige Regulierung der Stoffwechselvorgänge im Organismus und sodann gleichzeitig auch auf eine Erleichterung der Herzarbeit, sowie des Gesamtblutkreislaufes gerichtet sein müssen.

Unsere Aufgabe wird es sein, zunächst, wie bei der Herztherapie im allgemeinen, dem Prinzipe der „Schonung" und „Übung" volle Berücksichtigung und Geltung zu schaffen.

Daß hier einer sorgfältigen Regulierung der Diät mehr Beachtung geschenkt zu werden nötig erscheint, als in der Behandlung einfacher, nicht komplizierter Herzerkrankungen, versteht sich von selbst. So werden wir bei den auf Basis der Diabetes entstandenen Herz- und Gefäßerkrankungen gewiß nicht ermangeln, wo es nur möglich ist, auf eine Einschränkung der Kohlehydratnahrung bedacht zu sein; wobei wir aber auch stets die Vorsicht nicht außer acht lassen werden, den verschiedenartigen Einfluß dieser diätetischen Maßnahme je nach dem Grade der Erkrankung, ob mittelschwerer oder sehr schwerer Diabetes das Krankheitsbild beherrscht, entsprechend zu werten. Die Folge der Kohlehydratentziehung, als eine diätetisch-therapeutische Maßnahme, pflegt gewöhnlich mit Rücksicht auf die vorerwähnte tunlichste „Schonung" der zuckerzersetzenden Gewebe des kranken Organismus eine etwas erhöhte Fleisch- und Fettdiät nach sich zu ziehen. Daß hiebei von einem schrankenlosen Genuß von Fleisch gewiß nicht die Rede sein kann, geht schon daraus hervor, daß hiedurch ansonst sehr leicht eine Säureintoxikation, mit der Gefahr des Coma diabeticum heraufbeschwört werden könnte. Nur die für den Einzelfall genauest und vorsichtig festzustellende Diätnormen können hiebei Berücksichtigung finden.

Denn bei den auf Basis des Diabetes entstandenen Herz- und Gefäßerkrankungen haben wir es niemals mit leichten Diabetesfällen zu tun, die schon durch eine Diabeteskost allein gebessert werden können, sondern zumeist mit sehr schweren Diabetikern, bei denen der Zuckergehalt selbst nach monatelanger Diabetesdiät nicht unter 1% herabsinkt. Darum werden wir in diesen Fällen uns veranlaßt sehen müssen, auch zu anderen unterstützenden therapeutischen Maßnahmen unsere Zuflucht zu nehmen, in welcher Hinsicht wir namentlich in den balneotherapeutischen Heilfaktoren ganz außerordentlich günstig wirkende Mittel besitzen.

Die Anwendung verschiedener alkalisch-salinischer Mineralwässer, namentlich bei gleichzeitiger Komplikation mit „uratischer Diathese", „Fettleibigkeit", chronischer Obstipation, kongestiver Leberanschwellung usw., leisten bekanntlich ganz vortreffliche Dienste, wenn noch dazu mitkombiniert, die die Herztätigkeit am geeignetsten „schonend" und zugleich „übend" beeinflussenden dosierten Kohlensäure-Solbäder, sowie die übrigen herzkräftigenden physikalischen Behandlungsmethoden mit herangezogen werden.

Bei dieser Behandlungsmethode, in rationell-systematischer Weise, dem individuellen Falle entsprechend gehandhabt, dürfte der therapeutische Effekt uns in manchen Fällen recht befriedigen.

Denn durch Berücksichtigung der Stoffwechselvorgänge leisten wir bei jedem Herzkranken schon an und für sich was Wesentliches, indem wir hiedurch in vielen Fällen die Causa morbi selbst vereiteln und durch die Kombination mit den balneotherapeutischen Faktoren sind wir direkt in der angenehmen Lage, eine Regulierung und deutliche Kräftigung und Erleichterung der Herztätigkeit sowie des Gesamtblutkreislaufes zu bewerkstelligen und somit auch der Indicatio morbi gerecht zu werden.

Literatur: Strümpel, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. I. u. II. Bd. VII. Aufl. — Ortner, Vorlesungen über spezielle Therapie der inneren Krankheiten, für Ärzte und Studierende. 1905. IV. Aufl. — Romberg, Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Blutgefäße. Stuttgart 1906. Verlag von Ferd. Enke. — C. v. Noorden, Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin. — Freih. v. Oefele, Grundlagen aus der modernen Verdauungslehre zur praktischen Verwertung der Koprologie. (Wien. klin. Wochenschr., 1905, Nr. 2.) — Fisch, Über Wesen und Bedeutung der Kohlensäurebäderbehandlung. (Vortr. geh. am 25. Balneologen-Kongreß, Aachen 1904.) — Ibidem, Balneotherapie bei Cor adiposum. (Vortr. geh. am 77. Kongresse Deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran, 1905.) — Ibidem, Entfettungskur unter gleichzeitiger Berücksichtigung des Herz- und Gefäßapparates. (Vortr. geh. am 28. Balneologen-Kongreß, Berlin 1907.) — v. Poehl, Fürst Tarchanoff, Warko, Rationelle Organotherapie. 1906. 1. Bd.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Schlußwort. — Die neue Ärzteordnung und die alte Notlage. — Universitätsinstitut und Warenhaus.)

Wir sind am Ende dieser Betrachtungen angelangt. Wenn das Bild, das wir von der Lage der österreichischen, im besonderen der Wiener Ärzte entwarfen, Grau in Grau geht, so ist es eben nichts anderes als eine getreue Kopie der tatsächlichen Verhältnisse. Nicht einmal den Trost haben wir, daß uns die Hoffnung auf eine Besserung bleibt; es wird nur schlechter werden. Sowohl die Bemühungen der lieben Regierung als auch das vereinigte Wirken der bildungsfeindlichen Parteien gehen in der für uns schädlichen Richtung; zudem kommt es, daß die Milderung der Maturitätsvorschriften, die ihrer Aufhebung gleichkommt, im Vereine mit der infolge der nationalen Konkurrenz wachsenden Zahl der Gymnasien, und des liebevollen, sich fühlbar machenden Mitbewerbes der Medizinerinnen — während man ihnen das juridische Studium verschloß, öffnete man ihnen weit das medizinische, wie wir Mediziner immer zum Handkusse beim Staat kommen —, die Zahl der Medizinbeflissenen immer mehr wird anschwellen lassen. Man treibt mit unserem Stande eine Katastrophenpolitik, und unsere Führer begnügen sich, sehenden Auges, mit lahmen Protesten.

Denn die Reform der Ärzteordnung, die mit großem Stolz in den Zeitungen verkündet wird, ist die verkehrteste Maßregel, die sich denken läßt, infolgedessen ist es auch sicher, daß sie durchdringen wird; bei uns im lieben Österreich geschieht mit Vorliebe Verkehrtes. Gegen vereinzelte Schädlinge der Gesellschaft helfen strenge Vorschriften; dagegen sind Gesetze, seien sie noch so hart, machtlos gegen eine allgemeine Notlage. Not kennt kein Gebot. Steuert der Not und die strengen Vorschriften werden überflüssig; insoweit sind wir Optimisten. Wenn aber nichts oder Unzulängliches getan wird, um dem Elend der praktischen Ärzte abzuhelfen, so bedeutet jede Reform nur einen Schlag ins Wasser, respektive einen Schlag für den Stand selbst. Die Öffentlichkeit und die Regierung werden natürlich hohnlachend zusehen, wie der Backel unseren Führern fester in die Hand gegeben wird. Das ist billig und gibt a Hetz, wie der Wiener sagt. Und die Schläge treffen nur die von Sorge gebeugten Rücken der Ärzte. Aber diese Reform ist unter den heutigen Umständen ein vollkommen sinnloses Beginnen, doppelt sinnlos und ungerecht, wenn man die politischen und konfessionellen Verhetzungen unter den Ärzten bedenkt, die zuerst einer Gruppe alle amtlichen Stellen verschließt, sie zu einer scharfen Konkurrenz als praktische Ärzte untereinander zwingt und dann mit einer ungerechten Standesordnung dazwischenfährt.

Die zweite Aktion, die in den Zeitungen breitgetreten wird, ist der Gesetzentwurf für die beamteten Ärzte. Nun geben wir gerne zu und haben wiederholt darauf hingewiesen, daß die Amtsärzte im Vergleich zu den anderen Staatsbeamten schlecht gestellt sind. Aber ist ihre Lage mit der der praktischen Ärzte überhaupt zu vergleichen? Sie sind wahre Krösusse, verglichen selbst mit den Ärzten, die eine bessere Praxis haben. Sie haben ein Fixum, mit dem sie rechnen können. Aber der praktische Arzt hat nur ein Buch, in dem so und soviele Visiten verzeichnet sind. Wann er sein Honorar bekommen wird, und ob er sein Honorar bekommen wird, das weiß niemand. Und niemand hat ein Herz für diesen ausgebeuteten Stand. Man treibt, wir wiederholen, Katastrophenpolitik mit uns. Wundere sich daher niemand, wenn die Katastrophe kommt.

Nach schier endlosen Verhandlungen ist die Frage des Neubaues für die physikalisch-chemischen Universitätsinstitute



zu einer definitiven Entscheidung gelangt, bei welcher die wiederholt ausgesprochenen Wünsche des phylosophischen Professorenkollegiums halb und halb, wie es bei uns natürlich ist, erfüllt werden. Die sogenannte „Bäckenhäusel-Realität“ (alte Tabakregie) in der Währingerstraße wurde in ihrem ganzen, gegen 13.000 m^2 umfassenden Ausmaße für Unterrichtsbauten überlassen, in denen die beiden physikalischen Institute (Professoren v. Lang und Exner), das Institut für theoretische Physik (Professor v. Hasenöhrl), die mathematischen Lehrkanzeln (Professoren v. Escherich, Mertens und Wirtinger), die beiden chemischen Institute (Professoren Skraup und Wegscheider) mit ihren Adnexen, dann Arbeitsräume für Psychologie und Physiologie untergebracht werden sollen. Wegen der elektrischen Leitungen in der Währingerstraße werden die physikalischen Institute in der Waisenhausgasse, die chemischen Laboratorien in dem Trakte der Währingerstraße, die Hörsäle und sonstigen Arbeitsräume in den Innentrakten situiert sein. Das dem Religionsfonds gehörige Haus in der Türkenstraße, wo die physikalischen Institute bisher in unzulänglicher Weise eingemietet waren, wird zur Veräußerung gelangen; dies wird auch mit dem jetzigen chemischen Institutsgebäude geschehen, das zwar wegen der Fassade und des großen Stiegenhauses ästhetischen Anforderungen entsprechen mag, das aber seit seinem bald vierzigjährigen Bestehen wegen der unzweckmäßigen und unzulänglichen Anlage des einzigen für zwei Institute bestimmten Hörsaales und der unzureichenden Laboratorien Gegenstand unablässiger und berechtigter Klagen aller jener war, die in diesem Hause chemischen Arbeiten obliegen sollten. Die Kosten der geplanten Bauten sind durch den künftig wegfallenden Mietzins für die physikalischen Institute und durch den Erlös aus dem chemischen Institutsgebäude nicht gedeckt; die Beistellung eines so überaus wertvollen Baugrundes, wie es das Areale in der Währingerstraße ist, war daher nur in der Voraussetzung möglich (!), daß die in der Währingerstraße gelegene Parterrefront von etwa 145 *m* Länge für Geschäftslokalitäten eingerichtet wird; diese werden jenen zahlreichen großen Firmen, die für die umliegenden wissenschaftlichen Institute und Kliniken die Bedarfsartikel liefern, also Buchhändlern, Optikern, Chemikalienhändlern usw., sehr willkommen sein. Österreich wird also um eine Spezialität reicher sein, wir bekommen ein gemischtes Warenhaus mit einem wissenschaftlichen Oberbau. Echt Korytowski. Dieser podolische Finanzminister wagt es, den Grundsatz aufzustellen, daß die Kosten wissenschaftlicher Neubauten sich selbst decken müssen. Weit ist es in Österreich gekommen.

Der 37. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin.

(Schluß.)

In den folgenden Vorträgen werden Einzelheiten über die Ausführung der Nabelbruchoperation gebracht, die unsere Fortschritte in der Behandlung der größeren und größten Brüche zeigen. Das sich auch in den Zahlenzusammenstellungen Brenners, Linz, aussprechende und für bis zu einem gewissen Grade gerechtfertigte Mißtrauen in die Dauerheilung wird mit Einführung neuer Operationsverfahren nach Graser, Erlangen, empfohlen durch Heidenhein, Worms, Martin, Köln, Wullstein, Halle a. d. S., Sprengel, Braunschweig, Bier, Berlin und Brenner, Linz, selbst, hoffentlich schwinden. Nach Bemerkungen Ritters, Greifswald, über die Art des Zustandekommens einer Brucheinklemmung auf Grund von Tierversuchen gehen die Verhandlungen über zur Besprechung der Gallensteinkrankheit. Ruge, Berlin, gibt dazu zunächst die Ergebnisse seiner Leichenuntersuchungen über die Lageverhältnisse der Gallengänge. Exner und Hejrovsky, Wien, haben gefunden, daß bei Keimvergiftung der Gallenwege vom Darm her das Gallenfett viel weniger leicht gelöst wird und durch seinen Niederschlag Anlaß der Steinbildung gibt. Gleiß, Hamburg, hat in einem verzweifelten Falle von Steineinklemmung, auf die Einspritzung von Olivenöl unmittelbar in die eröffnete Gallenblase das Abgehen des Steines nach sechs Tagen beobachtet. Besonders große Gallensteine werden von Lampe, Bromberg und Dreyer, Breslau, vorgezeigt. Weiter wird von Graff, Bonn und Wolf, Potsdam, über Kinder berichtet, welche durch die Fortnahme der Milz von den Erscheinungen der falschen Weißblütigkeit befreit wurden und noch nach Jahren sich im Zustande vollsten Wohlseins befinden. Nach Mitteilungen von sehr fachwissenschaftlicher Bedeutung durch Wilms, Basel und Ehrhardt, Königsberg, über Verfahrensarten, die Vorsteherdrüse auszulösen, weist Preiser, Breslau, auf das Vorkommen von Bauchfellentzündung im Fruchtalter hin mit der Folge einer Verengerung und Strangbildung, wie sie im späteren Leben auftritt.

Die folgenden Erörterungen, anschließend an einen Vortrag Bunges, Bonn, woran sich v. Brunn, Tübingen, Barth, Danzig, Heidenhain, Worms, Körte, Berlin, Müller, Rostock, Küster, Schlesinger, Berlin, Wilms, Basel, Payr, Greifswald, Marquardt, Hagen, beteiligen, betreffen einen sehr rätselhaften Vorgang nach sonst vorzüglich gelungenen Darmoperationen, wobei es streckenweise zu einem Krampfverschluß des Darmes kommt. Die Ursache dafür ist nicht recht bekannt; er beruht jedenfalls auf einer Reizwirkung, wie Körte annimmt, durch verkehrte Steuerung der Nerventätigkeit, oder nach der Meinung von Payr, Greifswald, durch Blutgerinnselbildung im Gekröse; nach einer unmittelbaren Beobachtung von Küster in einem Falle auf dem Vorhandensein eines Spulwurms, möglicherweise auch auf Geschwürbildung, wie Wilms, Basel, nach einem in seiner Deutung allerdings von Bunge bestrittenen Falle von Krönig annehmen möchte.

Es folgen Erörterungen auf dem Gebiete der Nieren- und der Harnwege. Zuckerkandl, Wien, findet in der aus dem Röntgenbild hervorgehenden Gestalt der Steine schon einen Hinweis darauf, ob der Stein sich mehr an die Nierenkelche anschließt oder mehr in der Harnleitermündung sitzt. Die letzteren Steine möchte er von vornherein unmittelbar durch den weniger gefährlichen Nierenbeckenschnitt, nicht durch Nierenspaltung, sich zugänglich machen, wozu Israel, Berlin, Kapsamer, Wien, Tilmann, Köln, Küster, Berlin, ihre Erfahrungen mitteilen. Kümmell, Hamburg, möchte aber auf die Vorteile der Nierenspaltung nicht verzichten. Endlich sprechen noch Pels-Leusden, Berlin und Hinterstoisser, Teschen, über die beste Art der Wiederherstellung der verletzten Harnröhre.

In der Nachmittagssitzung kommt zum Schluß des Kongresses die Chirurgie des täglichen Lebens, hauptsächlich im Rahmen der Gelenkchirurgie, zu ihrem Recht. Küttner, Breslau, hat auf Grund seiner Erfahrungen in der Breslauer Klinik die günstige Meinung, welche die Schulterverrenkungen bezüglich ihrer Wirkung auf die spätere Brauchbarkeit des Armes wohl genießt, leider sehr einschränken müssen. Er findet, daß bei 61% der dort behandelten Fälle Störungen zurückgeblieben sind, und in 42% sogar derart, daß er sie als hochgradig bezeichnet; dabei kann er auch die sonst als erschwerend betrachteten Momente, wie höheres Alter, Zeitverlust bis zur Einrenkung, ungenügende Nachbehandlung, durchaus nicht als wesentllich ausschlaggebend betrachten. Bardenheuer, Köln, möchte, abgesehen von den auch von Wohlgemut, Berlin, betonten Knochennebenverletzungen, die Hauptschuld für die schlechten Ergebnisse in der Nichtbeachtung seiner Regeln über geeignete Turnübungen und folgerichtig durchgeführtes Streckungsverfahren sehen. Dollinger, Pest, bespricht die Behandlung veralteter Ellenbogenverrenkungen, wobei er solche Hindernisse gefunden hat, daß er jetzt nach drei Wochen grundsätzlich sich nur auf blutige Eingriffe einläßt. Auch bei diesen ist nur bei einer sehr kleinen Anzahl volle Beweglichkeit erzielt worden. Bunge, Bonn, kann dazu erklären, daß bei den Eingriffen fast nur in den Fällen ein guter Erfolg erwartet



werden kann, wo man die Gelenkknochenenden von allen Weichteilen möglichst loslöst.

Nach Mitteilungen von Stieda, Königsberg, Kumaris, Athen, Sprengel, Braunschweig, Göbel, Breslau, Hofmeister, Stuttgart, Petersen, Duisburg, über das sehr seltene Krankheitsbild, das sich bei Überstreckung und Drehung des gewöhnlichen Neigungswinkels am Schenkelhals bei Erwachsenen einstellt, wird die Entstehung von freien Gelenkkörpern behandelt. Müller, Rostock, hat in einem Tierversuch, was sonst nicht leicht gelingt, einen solchen als Dauerzustand erzeugen können. Ludloff, Breslau, findet als Erklärung für einen ziemlich regelmäßigen Befund von Gelenkkörpern im Kniegelenk die Blutgefäßverteilung an einer bestimmten Stelle des Gelenkknochens, durch deren Störung ein Knochenstück abstirbt und im Gelenk liegen bleibt.

Der Schluß der Sitzung wird ausgefüllt durch Vorführung von Geräten und Behandlungsformen bei den verschiedensten Brüchen und Verrenkungen der Glieder. Borchgrevink, Christiania, zeigt, wie man die als bestes Behandlungsverfahren für Knochenbrüche anerkannte Streckung der Bruchstücke durch Anlegung einer Schiene bei einem Oberarmbruch, wobei der Verletzte herumgehen kann, verwirklichen kann. Krönlein, Zürich, zeigt an einem Hilfsmusterstück die Lagerung eines gebrochenen Beines auf einem Gerät, wobei durch die Erschlaffung der Muskulatur die zur Streckung sonst nötige Gewalt sehr herabgesetzt ist, nach der Erfindung Zuppingers. Heusner, Barmen, Klapp, Berlin, sprechen zur Behandlung der Schüsselbeinbrüche und Verrenkungen, Fränkel, Berlin, über Gipsverbände. Lampe, Bromberg, zeigt im Hilfsmuster ein Lagerungsgerät, Manasse, Berlin, ein solches zur Anlegung fester Verbände, Euler, Treptow, die Verwendung von Chromleder zu Verbänden. Zum Schluß kommen noch Muskat, Berlin, und v. Frisch, Wien, zu Worte in Mitteilungen über die Behandlung des Plattfußes.

Zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im nächsten Jahre ist Kümmel, Hamburg, gewählt worden.

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Wenn nun auch in konkreten Fällen die Vollkommenheit der Bodenfiltration erwiesen ist und für unser Urteil von großem Belange sein muß, so wäre es doch verfehlt, im Vertrauen auf ihre Leistungsfähigkeit eine etwa bestehende oder zu erwartende Verunreinigung des Wassersammelgebietes gering zu veranschlagen. Die Filtrationskraft ist zwar nicht wie die Fähigkeit des Bodens, zu absorbieren, erschöpfbar, sie kann aber durch verschiedene Einflüsse, wie durch Hochwässer, durch Maulwurfgänge, vielleicht auch durch die Wurzeln von Bäumen und Sträuchern, die oft in beträchtliche Tiefe reichen, plötzlich oder allmälich gestört werden. Wichtig sind ferner jene Fälle, wenn die an sich günstige Filtrationskraft des Bodens durch Erdarbeiten, wie sie z. B. anläßlich des Baues der Wasserversorgungsanlagen ausgeführt werden, geschädigt wird. Ich entsinne mich eines besonders instruktiven Falles. Der für die Aufnahme einer Saugleitung bestimmte Rohrgraben einer Brunnenanlage, in dessen Bereiche in beträchtlicher Ausdehnung eine fast undurchlässige Konglomeratschichte durchschlagen worden war, unterfuhr das Bett eines benachbarten Flüßchens und so strömte, wie durch bakteriologische Untersuchungen wiederholt festgestellt werden konnte, insbesondere zu Zeiten von Hochwasser, gänzlich unfiltriertes Flußwasser dem Rohrstrange entlang zum Brunnen.

Einen großen Teil der zu seinem Urteile notwendigen Kenntnisse und Daten wird sich der hygienische Fachmann durch Erhebungen an Ort und Stelle, den sogenannten Lokalaugenschein, verschaffen können. Seine große Wichtigkeit wird von niemanden bestritten. Immerhin ist zu bemerken, daß die bloße Besichtigung der Wasserentnahmestelle, bezw. der provisorischen oder definitiven Anlage ihn nur zum Teil informieren wird und durch weitere Erhebungen und Studien ergänzt werden muß. So hält Sch. die persönliche Begehung des tributären Gebietes, wenn sie nur halbwegs durchführbar ist, für außerordentlich wichtig und für weit instruktiver als das Studium der Karte, das uns immer nur Direktiven, niemals aber definitive Aufschlüsse zu geben vermag. Wir stoßen übrigens hier auf eine recht beträchtliche Schwierigkeit, die in der Abgrenzung des Einzugsgebietes, das sich mit dem durch Talbildung und Wasserscheiden gekennzeichneten Niederschlagsgebiete bekanntlich nur selten deckt, gelegen ist.

Von großer Bedeutung ist die Konstatierung des Fehlens menschlicher Ansiedlungen im tributären Gebiete, eine namentlich dort, wo die Bodenfiltration fehlt oder unzureichend erwartet werden kann, unerläßliche Vorbedingung für die Brauchbarkeit einer Wasserversorgung. Vielleicht reicht aber diese Vorsicht noch nicht aus, indem auch von Ausflüglern und Touristen stark begangene Gebiete, besonders in der Nähe größerer Städte, recht bedenkliche Infektionsgelegenheiten bieten, vor allem, wenn wieder die gefährlichen Ausscheidungen der Bazillenträger, die der nächste Regen in die Klüfte spielen kann, in Rechnung gezogen werden.

In zahlreichen Fällen werden sich durch bestimmte Versuche, die an Ort und Stelle ausgeführt werden können, wertvolle Anhaltspunkte gewinnen lassen. Die Nützlichkeit der Verwendung von Kochsalz, von fluoreszierenden Farbstoffen, von spezifischen Bakterien zum Nachweise von Kommunikationen zwischen Bächen, Erdlöchern, Senkgruben und dergleichen mit Wasserversorgungsanlagen ist allgemein gewürdigt. Ebenso der große Vorteil der Schlagbrunnenuntersuchungen, die sich auch mir bestens bewährt haben. In einem Falle war durch das Rammen einer ganzen Serie von Schlagbrunnen und durch die Untersuchung des geförderten Wassers die genaue Lokalisation einer schon lange vermuteten, aber durch die gewöhnliche Technik nicht nachweisbaren Verunreinigung möglich.

Vielleicht gewinnen auch die von Kabrhel empfohlenen Bodenuntersuchungen unter aseptischen Kautelen allmählich an Bedeutung. Ihre häufigere Ausführung wäre auch schon mit Rücksicht auf die interessanten Befunde erwünscht, die Kabrhel gewinnen konnte. Es zeigte sich nämlich, daß in größeren Tiefen wohl das Wasser, nicht aber der Boden keimfrei gefunden wurden, ähnlich wie dies bei einem gut eingearbeiteten Sandfilter, bzw. dem ein solches passierenden Filtrate der Fall ist. Gewiß mag die Konstatierung steriler Bodenschichten — wenn sie auch vielleicht nicht unbedingt zu fordern sein wird — die Sicherheit der Gewinnung eines Wassers von guter Qualität erhöhen.

Ein mit Sachkenntnis und Sorgfalt vorgenommener Lokalaugenschein hat nicht nur den großen Vorteil, über eine etwa bestehende Verunreinigung der Wasserversorgung direkte Aufschlüsse zu geben, er ermöglicht uns auch ein Urteil, ob unter bestimmten ungünstigen Verhältnissen eine Verunreinigung der Anlage möglich ist, erwartet werden kann. Dies setzt uns mitunter in die Lage, rechtzeitig unsere Vorkehrungen zu treffen. In dieser Hinsicht ist er der Untersuchung von Wasserproben, die immer nur den augenblicklichen Stand festhalten läßt, weit überlegen, wozu noch kommt, daß die Untersuchungsbefunde, was vor allem für die einmalige Untersuchung eingesandter Proben gilt, keineswegs immer eindeutig und leicht verwertbar sind. Trotz dieser Einschränkung sind mikroskopische, chemisch-physikalische und bakteriologische Methoden der Kern der hygienischen Wasserbegutachtung und für diese geradezu unentbehrlich.

Das bescheidene Feld, auf dem die mikroskopische Prüfung des Sediments von entscheidendem Werte sein kann, hat bisher überall Anerkennung gefunden. Es gelingt mitunter Muskelfasern, Bandwurmeier, Holzsplitter und sonstige corpora delicti im Bodensatze nachzuweisen, ebenso mag in manchen Fällen das Auffinden von Crenothrixfäden, von Hefen oder auch von Protozoen eine entscheidende Bedeutung ge-



winnen. Im allgemeinen aber ist der Schwerpunkt in der Untersuchung des klaren Wassers mittels bakteriologischer und chemischer Methoden gelegen. Bedauerlicherweise sind in der letzteren Zeit, offenbar doch nur in Verkennung ihres Wertes und ihrer eigentlichen Bedeutung, Angriffe gegen beide gerichtet worden, die geeignet sind, in weiteren Kreisen Verwirrung und Mißtrauen hervorzurufen. Und doch müßten sich alle daraufhin einigen können, daß bakteriologische und chemische Befunde zwar nur selten direkte Aufschlüsse bedeuten, als Indikatoren aber von ganz unschätzbarem Werte sind.

Der bakteriologischen Untersuchung fielen zwei Aufgaben zu. Die eine wäre der strikte Nachweis von Krankheitserregern (Typhusbazillen, Choleravibrionen) im Wasser, das man mit konstatierten Erkrankungen in ursächlichen Zusammenhang bringt. Ohne daß an der Beweiskraft der vereinzelten positiven Befunde gezweifelt werden soll, muß doch gesagt werden, daß im allgemeinen die bakteriologische Technik hier versagt. Wir haben die verschiedensten Verfahren in allen neueren Modifikationen angewendet, wir haben auch Wasser künstlich mit Typhusbazillen infiziert; sowie die Wasserproben nicht von vornherein besonders keimarm und sowie nicht reichliche Mengen von Typhusbazilien zur Aussaat gekommen waren, war der Erfolg ein negativer. Die Ursache dieser Mißerfolge ist nach der allgemeinen Annahme darin gelegen, daß alle empfohlenen Verfahren den Typhusbazillus schädigen, statt ihn anzureichern — wenn auch in geringerem Grade als die übrigen im Wasser vorhandenen Bakterien.

Wir müssen uns wohl vorläufig damit begnügen, nach Bakterien im Wasser zu forschen, die, ohne direkt und unter allen Umständen pathogen zu sein, doch auf Verunreinigung durch tierische oder menschliche Abfallstoffe deuten. Nach den bisherigen Erfahrungen, die ich nur bestätigen kann, scheint der von Eijkmann empfohlene Nachweis des Bacterium coli durch Kultivierung der mit Zucker und Pepton versetzten Wasserproben bei 46° C nach der technischen Seite hin sehr einfach und für die Annahme einer Verunreinigung in der Tat von Belang zu sein. Auch der positive Nachweis von Gärungserregern überhaupt und nach P. Kinnikutt auch von säurebildenden (auf Milchzuckeragar gezüchteten) Bakterien, gelegentlich auch von reichlich Schwefelwasserstoff bildenden Fäulnisbakterien ist, wenn auch nicht gerade ein Beweis für die Beimengung von Fäkalien zum Wasser, so doch ein Zeichen, daß dieses mit in Zersetzung begriffenen organischen Stoffen in Berührung gekommen ist.

Gelegentlich mag auch sonst noch der qualitative und quantitative Nachweis einer bestimmten Bakterienart im Wasser wichtig und entscheidend sein — wie bei der Prüfung auf eine Kommunikation von Flußlauf und Brunnen, für die Konstatierung, ob die Bakterien im Reinwasser eines Sandfilters aus dem Filterkörper oder aus dem Rohwasser stammen und für manchen anderen Spezialfall — im allgemeinen aber tritt der Nachweis der Bakterienart gegenüber der Bestimmung der Bakterienzahl stark in den Hintergrund.

Schon bei der Untersuchung von Oberflächenwasser, das zum Zwecke der Trinkwasserversorgung noch einer Reinigung zu unterziehen ist, leistet die Bestimmung der Keimzahl gute Dienste, allerdings vor allem dann, wenn Vergleiche mit früher erhobenen Werten möglich sind, indem eine Zunahme der Bakterien im Wasser auf die Beimengung unreiner, keimreicher Zuflüsse deutet, die die Gefährlichkeit des Wassers unbedingt erhöhen. Schneeschmelze, Hochwässer, Regengüsse führen die Effluvien aus den bewohnten Teilen des Niederschlagsgebietes, das so häufig einer regulären Abfallstoffbeseitigung entbehrt, dem Flusse zu. Noch wesentlich größere Bedeutung hat aber die Bestimmung der Keimzahl für die Untersuchung des aus dem Untergrunde oder aus Quellen gewonnenen Wassers. Hier ist sie direkt ein Maßstab für den bereits eingehend gewürdigten Faktor der Bodenfiltration. Wir besitzen keine besseren Indikatoren für die vollkommene oder nicht ausreichende Filtration und es liegt auch ungemein nahe, bei der Beurteilung der Frage, ob ein Wasser sich auf dem Wege zur Entnahmestelle seiner etwa aufgenommenen pathogenen Keime entledigen konnte, zur Richtschnur das Fehlen oder Vorhandensein von — freilich an sich harmlosen — Wasserbakterien zu nehmen, die sich in bezug auf Größe, Viskosität und alle übrigen physikalischen Eigenschaften analog verhalten wie die in erster Linie in Betracht kommenden Krankheitserreger. Es heißt unseren Standpunkt doch vollkommen mißverstehen, wenn man dem zum Beispiel gegenüber hält, daß wir in Milch und Käse ohne Schaden weit größere Mengen von Bakterien in uns aufnehmen, als in einer ihrer Keimzahl wegen beanständeten Wasserprobe. Hat doch noch niemand behauptet, daß die im Wasser vorhandenen Keime an sich und ohne Rücksicht auf ihre Art schädlich wären!

Die Bestimmung der Keimzahl im Grundwasser als Indikator für seine Verwendbarkeit wäre auch dann von Wert, wenn das Grundwasser, wie es in neuerer Zeit wieder eifrig verfochten wird, nicht in erster Linie aus dem die Bodenschichten allmählich durchsickernden Wasser sich bildete, sondern hauptsächlich anderen Einflüssen (Kondensation u. a.) seine Entstehung verdankte. Auch in diesem Falle — die „Bodenfiltration“ könnte dann natürlich nicht als Reinigungsfaktor in Betracht gezogen werden — würde die vorgefundene Keimfreiheit einer erschlossenen Grundwasserzone berechtigte Schlüsse darauf ziehen lassen, daß die durch etwa vorhandene gröbere Kommunikationen eventuell mit in die Tiefe gespülten pathogenen Keime bei ihrer durchschnittlich viel geringeren Widerstandsfähigkeit im Boden zugrunde gegangen sind.

Freilich ist zu bedenken, daß manche Kautelen bei der bakteriologischen Untersuchung natürlicher Wässer beachtet werden müssen und daß die Methode, der auch gewiß noch technische Mängel und Unvollkommenheiten anhaften mögen, nur in der Hand des Geübten und in der Regel nur im Zusammenhange mit anderen Behelfen ihren Wert und ihre Bedeutung hat. Auch werden wiederholte Untersuchungen, in einzelnen Fällen die Prüfung des Grundwassers mittels desinfizierter Schlagbrunnen usw. notwendig sein, um die Fehlerquelle der akzessorischen Keime vermeiden zu lassen und ein klares Urteil zu ermöglichen. Doch ist die schwierige Deutbarkeit der Ergebnisse eines Verfahrens kein Grund, dieses zu verwerfen, sind doch in allen wissenschaftlichen Disziplinen die besten aller Methoden an bestimmte Voraussetzungen gebunden und vielfach nur dann verwertbar, wenn alle Vorbedingungen streng erfüllt sind.

Die bakteriologische Prüfung des Wassers ist mit noch größerer Sicherheit als für natürliche Wässer auch das geeignetste Mittel, um den Effekt künstlicher Reinigungsverfahren zu bestimmen; sie wird auch bei mechanischen und chemischen Verfahren vielfach mit bestem Erfolge angewendet. Nur ist hier entsprechend der geänderten Fragestellung an Stelle der Keimzählung der Einfluß zu ermitteln, der sich auf pathogene Keime von bestimmter Resistenz, die man dem Wasser künstlich zusetzt, geltend macht.

Von großer weittragender Bedeutung ist auch die chemische Untersuchung des Wassers. Wenn auch die „Grenzwerte“ für gutes Trinkwasser nicht mehr in Geltung stehen, wenn man sich auch darüber klar ist, daß nur in einigen wenigen Fällen durch die chemische Untersuchung direkte Aufschlüsse gewonnen werden können (Härte des Wassers, Gehalt an Mangan und Eisen) und daß mit Ausnahme bestimmter, ins Wasser hineingelangter Gifte alle im Wasser durch die chemische Analyse festgestellten Bestandteile an sich in gesundheitlicher Beziehung gleichgültig sind, so liefert sie uns gerade auch wegen der Exaktheit der Methodik doch auch heute noch für die Beurteilung die allerwichtigsten Anhaltspunkte. Ich kann der Anschauung derjenigen nicht beipflichten, die die chemische Analyse in hygienischer Hinsicht für entbehrlich halten. Eine einzelne Untersuchung, wenn sie reines Wasser angezeigt hat, mag wertlos sein, das gleiche trifft aber auch für die bakteriologische Prüfung zu, der gegen-



über sie sogar den Vorteil hat, daß ein chemischer Befund nur selten „akzessorisch“ ist — fast immer ist er, richtige Wasserentnahme vorausgesetzt, der Ausdruck für das Vorhandensein oder das Fehlen einer Verunreinigung des zuströmenden Wassers.

Die Abhängigkeit der chemischen Zusammensetzung des Wassers von der Bodenformation, die Notwendigkeit, die chemische Analyse zu den Untersuchungswerten von Wässern ähnlicher Herkunft in Vergleich zu setzen, komplizieren zwar häufig die Deutung der Befunde, beeinträchtigen aber nicht ihren Wert.

Es kann als allgemein bekannt vorausgesetzt werden, daß insbesondere aus reichlicheren Mengen von Chloriden und den mineralischen Abbauprodukten organischer stickstoffhaltiger Substanzen der Schluß auf die Beimengung von Fäulnisstoffen zum Wasser gezogen wird und daß man hiebei insbesondere auf die Anzeige der sogenannten „frischen“ Verunreinigung Wert legt. In der Tat hat dieser Nachweis erhöhte Bedeutung, ohne Rücksicht auf eine etwa bestehende gute Bodenfiltration, da gerade bei rezenter Verunreinigung am ehesten die Wahrscheinlichkeit ins Auge gefaßt werden muß, daß die in ihrer Lebenstätigkeit noch nicht wesentlich beeinträchtigten Krankheitserreger dem Wasser in vollvirulenter Form zugeführt werden. Die analytische Festigung der Diagnose „frische Verunreinigung“ ist gewiß die wichtigste Aufgabe dieser Spezialforschung, wobei freilich auch noch die Eruierung wesentlich wäre, ob es sich um Verunreinigung durch menschliche, bzw. tierische Abfallstoffe handelt, oder ob pflanzliche organische Substanzen bei ihrer Zersetzung zur Bildung von Ammoniak, Nitriten und Nitraten Veranlassung gegeben haben.

Die Einschränkung der Bedeutung des Ammoniaknachweises besteht hauptsächlich für die Analyse von Tiefenwässern und Wasser aus moorigem Grund, während für Nitrite eine Fehlerquelle der Beurteilung darin gelegen ist, daß aus Salpetersäure durch Reduktion salpetrige Säure entstanden sein kann. Nach Dienert kann eine solche sehr leicht beim Transporte von Proben bei höherer Temperatur erfolgen, auch eisenhaltiger Boden und eiserne Rohre sollen aus Nitraten Nitrite bilden können (P. Kinnicutt). Wenn Salpetersäure fehlt und nur Ammoniak und salpetrige Säure gefunden werden, so deutet dies nicht selten auf eine direkte Verunreinigung der Wasserversorgungsanlage, ohne daß der Boden verschmutzt wäre.

Bemerkenswert ist das Vorgehen von Frankland, der aus dem Verhältnis des organischen Stickstoffes zum organischen Kohlenstoffe im Wasser den Schluß zieht, ob eine tierische oder pflanzliche Verunreinigung vorliegt; gerade wenn der Boden infolge des Eindringens von Meerwasser reicher an Chloriden ist, mag eine solche Bestimmung von Nutzen sein.

Daß für die fortlaufende Kontrolle von Wasserwerken die chemische Analyse häufig recht wichtige Anhaltspunkte gibt, habe ich schon früher hervorgehoben; sie mag aber da an Bedeutung von der bakteriologischen Prüfung übertroffen werden. Hingegen erschien mir die chemische Untersuchung nicht selten wieder überlegen, wenn es galt, in Anlehnung an einen sorgfältig durchgeführten Lokalaugenschein den Ort der Verunreinigung aufzufinden, wenn z. B. aus einer Brunnengruppe in einem verseuchten Dorfe die verdächtigen herausgesucht werden sollten, auch wenn der Erfolg von Assanierungsmaßregeln zu kontrollieren war.

Es scheint mir noch eine Seite der chemischen Wasserbegutachtung in hygienischer Hinsicht von Belang zu sein. Die chemische Analyse gibt darüber Aufschluß, ob das Wasser mit Abfallstoffen organischer Provenienz im Boden oder in der Fassungsanlage in Berührung gekommen ist oder ob es nur der Bodenzusammensetzung der betreffenden Formation entsprechende Bestandteile in sich aufgenommen hat. Wenn nun auch keine Krankheitserreger hiebei Gelegenheit finden mögen. in das Wasser einzudringen, oder wenn auch der Boden imstande ist, sie abzufangen, so hat doch im ersteren Falle das Wasser an seiner Reinheit eingebüßt. Wir legen nun auch sonst das größte Gewicht darauf, daß alle unsere Lebensbedingungen in möglichst vollkommener Reinheit uns erhalten bleiben. Wir haben nach Analogien nicht weit zu suchen. Wie peinlich genau wird nicht darauf geachtet, daß die Luft in unseren Wohnräumen ihre natürliche Zusammensetzung nicht über ein gewisses Maß hinaus ändert und es würde doch in zahlreichen Fällen recht schwierig sein, die direkte Schädlichkeit verdorbener Luft zu beweisen.

Über die Reinheit des Wassers gibt uns aber die chemische Analyse die wichtigste Auskunft.

Ich möchte meine Ausführungen mit einem Ausblicke auf eine neue Art der Wasseruntersuchung beschließen, die mir nach alldem, was wir bisher von der Empfindlichkeit der Methode im allgemeinen wissen, nicht aussichtslos erscheint, nach Versuchen, die ich schon vor Jahren angestellt habe, und nach erst jüngst von Brezina in meinem Institute begonnenen Arbeiten sind Harn und Kot durch spezifische biologische Reaktionen ausgezeichnet. Durch Injektionen von Menschenharn sind bei Versuchstieren Hämolysine gegen menschliche Blutkörperchen zu erzeugen, während Kontextrakte bei Tieren zum Entstehen von spezifischen Präzipitinen Veranlassung geben.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über Luftinjektionen. Von Dr. Loewenthal. (Medizinische Klinik Nr. 4.)

Die Methode lehnt sich an eine Mitteilung an, die Loewenthal vor einigen Jahren aus der Zeitung bekannt geworden sind, wonach in Frankreich Neuralgien mit Lufteinblasungen behandelt werden.

Die von Loewenthal seit 2 Jahren ausgeübte und als subkutane Luftinjektion bezeichnete Methode ist im Prinzip sehr einfach: Es wird sterile Luft in das über den affizierten Nerven liegende Unterhautzellgewebe eingeblasen und sammelt sich als ein elastisches Polster in geringerer oder größerer Ausdehnung an. Der Nachweis des Lufteintrittes während der Injektion geschieht teils unmittelbar für das Auge durch die Vorwölbung der Haut bei fettarmen Stellen, teils durch Oberflächenperkussion, am besten durch leichtes Anschnellen einer Fingerkuppe. Hiedurch läßt sich während und nach der Injektion auch genau die Verteilung der Luft im Gewebe feststellen. Diese Verteilung ist naturgemäß keine ganz gleichmäßige, da die Luft beim Vordringen sich die Orte des geringsten Widerstandes auswählt. Während z. B. an den Glutäen infolge der gleichmäßigen Hautspannung sich ein flachkugeliges Polster von mehr oder minderförmiger Begrenzung bildet, ist die Ausdehnung des Luftpolsters am Thorax unregelmäßig zackig und flächenhafter. Noch unregelmäßiger und mit verzweigten Ausläufern gestaltet sich die Injektionsfigur unter der Haut des Unterschenkels. Hier sieht man während der Injektion die Luft in unregelmäßigen Linien vorwärts kriechen, zuweilen entlang der oberflächlichen Hautnerven. Die Resorption der Luft geschieht langsam in der Zeit von 3—8 Tagen.

Die subjektiven Wahrnehmungen des Patienten beschränken sich während der Injektion auf ein nicht unangenehmes Spannungsgefühl, das nachher wenig mehr merklich ist. Schmerzhafte Empfindungen sind niemals angegeben worden.

Der Sinn der Behandlung ist nun folgender: Das durch die Injektion geschaffene Luftpolster wirkt genau wie ein äußerlich aufgelegtes Luftkissen, indem es den Druck der Außenwelt auf ein größeres Gebiet verteilt, Druckempfindliche Gewebe (Muskeln, Nerven, Knochen usw.), liegen nie tiefer als das Luftpolster, werden also vor äußerem Druck durch feste Körper geschützt. Ferner findet eine Entlastung tiefer gelegener Gewebspartien vom Druck durch überlagernde Weichteile statt, falls letztere vor der Injektion dem kranken Gewebe schlaff angelegen haben. Solche Verhältnisse liegen z. B. vor, wenn straffe Haut auf Knochenvorsprüngen, deren



Periost entzündlich verändert ist, in der Ruhe oder bei Bewegung drückt, oder wenn ein entzündeter Nerv, z. B. Nervus peroneus durch die Haut gegen eine Knochenunterlage gedrückt wird. Auch scheint Loewenthal sicher zu sein, daß nach der Injektion allmählich ein Vordrängen der Luft auf dem Wege durch Gewebslücken in die Tiefe, also auch in das erkrankte Gewebe selbst eintritt, wobei eine Auflockerung desselben, eine „Aufschwemmung in Luft" eintreten kann. Bei Bewegung des Körpers findet notwendig durch die Selbstmassage ein beschleunigtes Hineintreiben der Luft in die Tiefe statt. In dieser Richtung erinnert der Prozeß direkt an die Vorgänge, die wir uns bei der Langeschen Injektion größerer indifferenter Flüssigkeitsmengen in erkrankte Nerven vorzustellen gewohnt sind.

Von diesem Gesichtspunkte aus gesehen, habe ich hauptsächlich folgende Krankheitszustände für die Behandlung mit Luftinjektion ins Auge gefaßt:

1. Chronisch entzündliche Veränderungen an Nervenstämmen, an Muskeln, Bändern und Knochenvorsprüngen;

2. Neuralgien ohne entsprechende anatomische Grundlage.

Am geeignetsten erscheint von den genannten Krankheiten die Ischias für unsere Methode zu sein. Bei dieser Krankheit legt Loewenthal über dem Druckpunkt ein deutlich sichtbares Luftpolster an und wiederholt je nach der Geschwindigkeit der Resorption den Eingriff ein- bis zweimal wöchentlich. Der unmittelbare Erfolg ist der einer erheblichen Schmerzfreiheit im Liegen und im Sitzen. Der Dauererfolg zeigt sich in einer wesentlichen Beschleunigung der Heilung. Während der unmittelbare Erfolg ausschließlich auf der Druckentlastung des entzündeten Gewebes beruht, kommt die entgültige Heilung nach meiner Meinung wie bei den Langeschen Injektionen durch Auflockerung des kranken Gewebes und Loslösung der Nerven von neuritischen und perineuritischen Adhäsionen zustande.

Weniger deutliche Resultate habe Loewenthal bisher an Interkostalneuritiden erzielt.

Auffallend günstig erschien mir der therapeutische Effekt bei Kokzygodynie, jener schmerzhaften Störung, die für jeden Praktiker eine schwere Krux bildet und bald vom Steißbein selbst, bald von den Bandverbindungen herzurühren scheint.

Loewenthal selbst hält die letztere Auffassung meist für zutreffend. In das Gewebe über dem Steißbein läßt sich ein Luftpolster besonders leicht injizieren, hält dort meist 6—8 Tage vor und bringt dem Patienten eine wesentliche Erleichterung.

Statt der Luft läßt sich ebenso gut reiner Sauerstoff verwenden und zwar entweder aus einer Sauerstofflasche oder mittels zwischengespalteter Flaschen, die mit sauerstoffhaltigem Wasser beschickt sind. Vorteile hat Loewenthal allerdings von der Anwendung reinen Sauerstoffs nicht gesehen.

Der nötige Apparat für die Injektionen kann natürlich leicht improvisiert werden:

1. aus der Kanüle einer Pravazspritze, die durch Gummischlauch luftdicht mit einem Gummigebläse verbunden ist;

2. durch Einschaltung eines kleinen, in einem Glasrohr untergebrachten Wasserfilters;

3. durch Einschaltung einer Waschflasche mit doppelt durchbohrtem Stopfen (für Sauerstoff- und Kohlensäureinjektion).

*

Leukämie und Infektionskrankheiten, unter besonderer Berücksichtigung akuter Infektionen. Von J. W. Samson.

Die Leukämie zählt zu denjenigen Krankheiten, welche durch andere krankhafte Prozesse in hohem Grade beeinflußt werden. Schon seit langer Zeit sind die eigentümlichen, auf eine Besserung hinzielenden Wirkungen des Erisypels auf maligne Tumoren bekannt, und auch der Einfluß dieser Krankheit auf die Blutkrankheiten im allgemeinen hat in neuerer Zeit eine gesonderte Darstellung erfahren, aus welcher hervorgeht, daß auch hier eine Besserung des Blutbildes und der Allgemeinerscheinungen zustande kommt. Die Leukämie im besonderen verschwindet oft unter dem Einfluß von Infektionen, besonders der akuten, in allen ihren Erscheinungen fast so vollkommen, daß man geradezu von einer Heilung gesprochen hat. Wenn auch in dieser Beziehung die bisher bekannten Fälle einer strengen Kritik nicht Stand halten, so wäre ein solcher Heilungsvorgang an sich doch denkbar. Beruht doch alles Heilen, physikalisch und pharmakodynamisch durch Reize „oder auch durch Gifte veranlaßte Störungen, bei deren Ausgleich der Körper auch das kranke Organ günstig beeinflußt".

Von den chronischen Infektionen mit Leukämie ist die Tuberkulose am genauesten beobachtet worden.

Die Tendenz zur Leukozytenabnahme ist aber nicht im entferntesten so ausgesprochen, wie bei den akuten Infektionen und häufig so gering, daß man nicht mit Sicherheit zwischen dem Einfluß der Tuberkulose oder den bei der Leukämie auch sonst vorkommenden Schwankungen unterscheiden kann. Einzelne Fälle verhalten sich merkwürdigerweise sogar umgekehrt: es tritt zunächst unter dem Einfluß der Tuberkulose ein Anstieg der Leukozyten ein, später ein Abfall, aber so, daß die Zahlen immer noch höher sind, als ursprünglich, wie beispielsweise in den Beobachtungen von Baldwin and Wilder, Jünger.

Besonders kompliziert werden die Dinge dadurch, daß die Tuberkulose selbst eine Krankheit ist, welche in ihrem chronischen wie im akuten Stadium das Blutbild im Sinne einer Vermehrung der neutrophil granulierten Zellen beeinflussen und auch je nach der Zugehörigkeit zu 3 von Grawitz aufgestellten Gruppen (je nach ihrem Stadium) andere Veränderungen machen kann.

Besonderes Interesse verdienen außer den bereits schon erwähnten diejenigen Angaben aus der Literatur, bei denen unter dem Einfluß der Infektion in geradezu verblüffend kurzer Zeit das Blut seinen leukämischen Charakter einbüßt und die leukämisch vergrößerten Organe zur Norm zurückkehrten.

In solchen Fällen drängt sich naturgemäß der Gedanke eines Heilungsvorganges bei den verschiedenen Autoren immer wieder auf.

Samson geht noch auf einen Fall näher ein, den er nach als Assistent der inneren Abteilung des jüdischen Krankenhauses zu beobachten Gelegenheit hatte.

Ein Kind mit einer lymphoiden Leukämie erkrankt an einer Infektion (Noma). Die Vergrößerung der Drüsen, insbesondere aber der Milz und der Leber geht außerordentlich zurück, die weißen Blutkörperchen sinken auf zirka $^1/_{16}$ ihrer ursprünglichen Zahl, unter Abnahme der mononukleären und Zunahme der polynukleären neutrophilen Formen. Dieser Zustand überdauert die Infektion nur kurze Zeit, dann vergrößern sich die genannten Organe wieder, das Blut hält sich um weniges länger, um dann auch wieder die Verschlechterung zu zeigen.

Im Fieber, begleitet von multiplen Lungeninfarkten und einer hinzugetretenen hämorrhagischen Nephritis, tritt der Exitus ein.

Der beschriebene Fall bietet zunächst insofern etwas Beachtenswertes, als die interkurrente Infektion hier der sogenannte Wasserkrebs, Noma, ist. Wohl ist es bekannt, daß im Verlaufe der Leukämie Erkrankungen der Mund- und Nasenschleimhaut vorkommen, an welche sich im Anschluß eine gewöhnliche Sepsis entwickeln kann.

Auch Noma mag als eine septische Erkrankung aufgefaßt werden, jedenfalls aber als eine besondere Art der Sepsis, charakterisiert durch ihr klinisches Bild und ihren Verlauf. Ob auch durch das „septische Virus" wie Heubner sich ausdrückt, steht noch dahin, da ein Erreger mit Sicherheit noch nicht bekannt ist. Das rapide Übergreifen des „fortschreitenden feuchten Brandes" auf alle in sein Bereich kommenden Gewebe gibt dieser Erkrankung ihr eigentümliches und scharf abzugrenzendes Gepräge. „Hiebei (beim Noma) stirbt das Gewebe der Schleimhaut mit einer großen Schnellig-



keit ab, von da geht aber die Erkrankung sogleich auf das benachbarte Bindegewebe, Muskulatur, Haut, Knochen über. Außer den ausfallenden Zähnen wird nichts von dem furchtbar zerstörenden Gifte verschont . . . ."

Der typische Beginn an einem der vorderen Backenzähne, die schnelle Entfärbung der Stelle ins Schmutziggraue, dann ins Schwarze, der schnelle Übergriff von innen her auf die äußere Wange, die auch schwarz wird, perforiert und das weitere exzentrische Umsichgreifen unter Ödem der Umgebung —, das sind die immer wiederkehrenden Bilder der Erkrankung. Daß die Krankheit spontan stillsteht, wie in dem Falle seiner Beobachtung, ist zwar selten, doch bekannt. Die allein Rettung bietende operative Behandlung mußte hier wegen der schlechten Blutbeschaffenheit unterbleiben.

Was weiterhin die Diagnose „lymphoide Leukämie" anlangt, so soll mit dieser Beziehung nur angedeutet werden, daß die mononukleären Zellen, ohne Rücksicht auf ihre Herkunft, das Blutbild beherrschten. Wir hatten, wie bereits oben erwähnt, 3 mononukleäre Zelltypen mit basophilem, ungranuliertem Protoplasma (s. oben). Während die Herkunft der kleinen und mittelgroßen Zellen dieser Art mehrdeutig ist, das heißt ihr Vorkommen sowohl im lymphatischen Apparat wie im Knochenmark erwiesen ist, dürfen wir für die ganz großen, bei unseren Kranken so reichlich vorkommenden Zellen, den Ausführungen Grawitzs folgend, als alleinige Bildungsstätte das Knochenmark ansprechen. Wir sehen nun, wie unter dem Einfluß der Noma-Infektion diese wohl im normalen Mark, aber nicht im gesunden Blute vorkommenden Zellen überraschend schnell aus der Zirkulation verschwinden und an ihre Stelle, neben anderen gleich zu erwähnenden Elementen, vorwiegend die kleineren mononukleären und die neutrophilen polynukleären Formen treten. Ferner finden wir nach dem ersten jähen Absturz der großen mononukleären die „Kernreste", die Trümmer der großen fragilen Knochenmarkszellen und die Übergangsformen vermehrt. Dabei ist die Gesamtzahl der Leukozyten von 340.000 auf 9500 gesunken und Milz, Drüsen und Leber wesentlich kleiner geworden.

Eine ganze Reihe der oben zitierten Fälle zeigen ebenfalls diese Trias von Erscheinungen. Abfall der Zahl der Leukozyten, dabei Abnahme der pathologischen Zellformen und Anstieg der im normalen Blut vorkommenden, besonders der polynukleären Neutrophilen und endlich Abschwellen der leukämischen Tumoren.

Weil kommt zur Unterscheidung von 3 Gruppen, denen aber allen die Verkleinerung der leukämischen Tumoren eigen ist; aber auch die Art der Infektionserreger wird hier in Betracht gezogen. Die stärkste Wandlung des Blutbildes und der Tumoren scheint in der Tat Hand in Hand mit der hohen Virulenz gewisser Bakterien zu gehen: Streptokokken sind in einer großen Zahl solcher Fälle, allein oder mit anderen, beteiligt. (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 5, 1908.)

*

Über die Verschlimmerung der Tabes und progressiven Paralyse durch Unfälle. Von Dr. Leopold Feilchenfeld.
II. Progressive Paralyse.

Für die Tatsache der Verschlimmerung kommen bei der progressiven Paralyse von den oben angeführten Möglichkeiten nur zwei zur Beobachtung. Erstens: die Paralyse tritt aus dem latenten Stadium in das akute. Nachdem schon seit langer Zeit Pupillen- und Innervationsstörungen vorhanden und beobachtet waren, die Patienten aber noch arbeitsfähig schienen, traten plötzlich zu jenen nervösen Symptomen ausgesprochen psychische Veränderungen in Form von ethischen oder intellektuellen Defekten, Größenideen usw. hinzu. Gleichzeitig werden die Kranken völlig erwerbsunfähig. Zweitens ist die Tatsache einer Verschlimmerung dann anzunehmen, wenn das bisher langsam verlaufende, wenn auch festgestellte Leiden in kurzer Zeit zum tödlichen Ausgang führt. Nach Weber ist es nicht angängig, von einer Verschlimmerung zu sprechen, wenn die zur Zeit des Unfalls oder bald nachher bemerkten leichteren nervösen Symptome vorher nicht genau festgestellt worden waren. Man darf also nicht etwa schon aus ihrem Vorhandensein bestimmt auf die längere Dauer schließen.

Fragen wir uns nun, unter welchen näheren Umständen die Verschlimmerung der Paralyse durch Unfälle zustande kommt, welche besondere Bedingungen wir hiefür voraussetzen. Die Autoren verhalten sich im ganzen sehr ablehnend gegenüber der Frage nach der Entstehung von typischen Geisteskrankheiten durch Unfälle. Freilich ist nicht selten eine traumatische Psychose infolge von erheblicher Schädelverletzung beobachtet worden, die geringe Ähnlichkeit mit der progressiven Paralyse haben kann. Aber diese echten traumatischen Psychosen zeigen doch manche abweichende Charakteristika, vor allem Aufregungszustände mit Tobsuchtsanfällen und Angstzustände. Auch ist der weitere Verlauf sehr wesentlich von dem der Paralyse verschieden.

Die Annahme, daß lediglich durch ein Trauma progressive Paralyse hervorgebracht wird, lehnen die meisten Autoren ab. Aber auch hinsichtlich der Verschlimmerung der Paralyse durch Unfälle besteht große Zurückhaltung. Die Durchsicht einschlägiger Fälle ergibt die häufige Zurückweisung eines Zusammenhanges des Unfalls mit der Verschlimmerung des Leidens.

Das wichtigste Moment, das wir bei Beurteilung der vorliegenden Frage zu beachten haben, ist die Pathogenese des Leidens. Die Paralyse entsteht ähnlich wie die Tabes, aber wohl noch sicherer durch die Statistik bewiesen, auf dem Boden einer früheren — angeborenen oder erworbenen — Syphiliserkrankung. Aber sie ist nicht, wie Weber sich ausdrückt, eine einfache Folgeerscheinung, etwa ein viertes Stadium der Syphilis, sondern andere Schädlichkeiten müssen hinzukommen, um das Leiden auszulösen. Auch Unfälle können demnach unter bestimmten Bedingungen die bisher gar nicht vorhandene oder latente Paralyse in die Erscheinung bringen. Das Trauma muß aber von einiger Schwere gewesen sein, besonders ein Schädeltrauma mit deutlichen Erscheinungen einer unmittelbaren Hirnschädigung. Oder es muß sich um einen Unfall mit schweren psychischen Shockerscheinungen gehandelt haben; oder es haben wiederholte Traumen eingewirkt. Hinsichtlich des zeitlichen Zusammenhangs nimmt Weber als äußerste Grenze zwei Jahre nach dem Unfall an, wenn nicht besondere Gründe, z. B. der pathologisch-anatomische Befund nach dem Tode für die traumatische Ätiologie auch bei längerem Zwischenraum sprechen. Vor allem muß man das plötzliche Auftreten des Leidens bald nach dem Unfall und der besonders rapide Verlauf auf die Einwirkung des Traumas geschoben werden.

Abzulehnen ist demnach die Annahme der Verschlimmerung durch den Unfall in den Fällen, in denen das Trauma zu unerheblich war, nicht den Schädel betraf, oder keinen starken psychischen Shock bewirkte. Ferner fehlt der Zusammenhang, ja sogar die Tatsache der Verschlimmerung, wenn der Verlauf der Paralyse ein sehr langsamer ist und die Krankheit erst in ihrem Fortschreiten mehrere Jahre nach dem Unfall beobachtet wurde. In solchen Fällen pflegt sie auch erst viel später noch nachträglich auf einen unbedeutenden Unfall zurückgeführt zu werden.

Die Durchsicht der kurz geschilderten Fälle ergibt, daß eine einheitliche und klare Erfassung des Begriffes der Verschlimmerung weder in den rechtlichen Entscheidungen noch in den ärztlichen Gutachten gefunden werden kann. Der Begriff muß erst allmählich zu einem einheitlichen ausgebildet werden. Es ist durchaus nicht einzusehen, warum man nicht genau so, wie man verschiedene Verlaufsarten bei den meisten inneren Krankheiten kennt und bezeichnet, so auch die Möglichkeiten der Verschlimmerung etwas mehr gesetzmäßig darstellen könnte. Geschieht dies, so wird man auch um so leichter die Fälle erkennen, in denen eine Verschlimmerung von vornherein überhaupt nicht anzunehmen ist. Auf diesem Gebiete harren noch viele Punkte einer sorgfältigen Prüfung und einer gemeinschaftlichen Arbeit der Ärzte und Juristen. Denn es sind nicht nur die inneren, sondern auch



viele äußere Krankheiten, die eine große Schwierigkeit für die Begutachtung darbieten, wenn man den Begriff der Verschlimmerung durch den Unfall anwenden muß. Am deutlichsten wird vielleicht diese Schwierigkeit klar, wenn man an die Tatsache denkt, daß oft ein seit langer Zeit bestehender Plattfuß oder ein altes Genu valgum nach einem leichten Unfall zum ersten Male und andauernd Schmerzen und eine gewisse Behinderung der Erwerbsfähigkeit verursacht. Hier ist also das Leiden vorher dagewesen. Der Unfall hat eine Verschlimmerung dadurch hervorgerufen, daß er die Beschwerden, die bisher latent waren, in die Erscheinung brachte. Die klare Fassung solcher und ähnlicher Fragen vom rechtlich-ärztlichen Standpunkte ist eine wohl lohnende und verdient die Beachtung der medizinischen Wissenschaft, der sie schließlich förderlich ist und genau so dienstbar, wie jedes Streben nach wahrer Erkenntnis. (Berl. klin. Wochensch. Nr. 5).

III. Aus der Praxis.

Die Tuberkulindiagnose für den praktischen Arzt.

Pirquet führt die Impfung an der Innenseite des Unterarmes aus, indem er zuerst zwei Tropfen Tuberkulin im Abstande von etwa 6 *cm* auf die mit Äther gewaschene Haut auftropft, hierauf mittels einer meißelförmig zugespitzten Impflanzette zuerst in der Mitte zwischen den beiden Tropfen, dann innerhalb jedes derselben eine Bohrung ausführt. Als Tuberkulin verwendet er das Kochsche Alttuberkulin; entweder in 25%iger Verdünnung oder unverdünnt.

Die kutane Reaktion entspricht im Prinzip der Kochschen Fieberreaktion bei Injektion von Tuberkulin unter die Haut. Nur die Form der entzündlichen Erscheinung ist je nach der Applikation verschieden. So läßt sich das Tuberkulin auch auf der Schleimhaut des Auges anwenden: dort bewirkt es eine katarrhalische Reizung. Wolff-Eisner in Berlin und Calmette in Paris haben diese Anwendungsart im Anschlusse an Pirquets Methode gefunden, und Calmette hat sie praktisch ausgebaut. Das Auge ist viel empfindlicher als die äußere Haut; es genügen hier schon sehr verdünnte Lösungen, um eine deutliche Hyperämie der Bindehaut und besonders der Karunkel hervorzubringen. Calmette verwendet eine 12%ige Lösung eines trockenen Tuberkulins, die einer 5%igen Lösung des Kochschen Alttuberkulins entspricht.

Den Hauptwert hat die Probe bis jetzt im ersten Kindesalter, wo eine Infektion mit Tuberkulose nicht auf Lymphdrüsen oder Lungenspitzen eingedämmt wird, sondern den ganzen Körper ergreift. Je jünger das Kind ist, desto prognostisch ungünstiger ist der positive Ausfall der Probe und desto wahrscheinlicher ist es auch, daß eine bestimmte tuberkuloseverdächtige Erkrankung, wie eine Brochitis, eine Gelenksschwellung, nicht eine zufällige Komplikation, sondern ein tuberkulöser Prozeß ist.

So ist besonders die Bronchitis nach Masern und nach Keuchhusten prognostisch ganz anders zu beurteilen, je nachdem das Kind reagiert oder nicht. Häufig verwenden wir auch die Probe zur Klärung der Frage, ob ein aufgetriebenes Abdomen bei einem mageren Kinde einer rachitischen Darmträgheit oder tuberkulösen Peritonitis angehört. Im Säuglingsalter ist sehr oft die Differentialdiagnose zwischen einer einfachen Atrophie, welche durch einen Wechsel der Ernährung gehoben werden kann, und einer allgemeinen Tuberkulose zu stellen. Aber die positive Reaktion bedeutet für das Kind noch kein Todesurteil. Wir wissen ja, daß viele Fälle bei geeigneter Behandlung über das gefährliche Alter hinauskommen. Wir haben aber hier einen Grund zum Einsetzen der Therapie, einer möglichst frühzeitigen Allgemeinbehandlung. Wir werden solche Kinder von den nicht reagierenden Geschwistern, soweit es möglich ist, absondern und werden sie aus den Spielschulen und Krippen ausscheiden, bevor sie noch ihre Nachbarn infiziert haben. Gegenüber der bisherigen Anwendung der Tuberkulininjektion hat die kutane Probe den großen Vorteil, daß sie vollkommen unschädlich ist und daß sie vom praktischen Arzte in der Sprechstunde ohne Zeitverlust ausgeführt werden kann. Ferner, daß sie auch bei fiebernden Kranken ausführbar ist, da wir ja dabei nicht die Fieberkurve als Beweismittel brauchen, wie bei der Kochschen Injektion.

In bezug auf ihre Genauigkeit hat Pirquet sich durch 115 Sektionen von Kindern, welche vorher der Probe unterzogen waren, davon überzeugt, daß der positive Ausfall das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes beweist. Der negative Ausfall ist aber umgekehrt nicht absolut gleichbedeutend mit dem Freisein von Tuberkulose: speziell im letzten Stadium der Lungentuberkulose und in den letzten Wochen von Meningitis und Miliartuberkulose pflegt die Reaktion aufzuhören. Bei diesen Fällen ist gewöhnlich auch diagnostisch keine Schwierigkeit in der klinischen Erkenntnis des Prozesses.

IV. Notizen.

Wien. Der Vorstand der Wiener Ärztekammer ist zur Kenntnis gelangt, daß Herr Dr. Hugo Trebitsch, Zahnarzt, sowohl an die k. k. Regierung als auch an die Abgeordneten des Sanitätsausschusses in der Frage des Gesetzentwurfes, betreffend die Ausübung der Zahnersatzkunde und den Betrieb der Zahntechnik ein Memorandum gerichtet hat, in welchem er im Gegensatze zu seinem früheren Standpunkte Forderungen aufstellt, welche von der Ärztekammer und den organisierten Zahnärzten entschieden perhorresziert werden müssen. Der Kammervorstand bittet daher zur Kenntnis zu nehmen, daß Herr Dr. Hugo Trebitsch ohne ein Mandat von irgendeiner ärztlichen Korporation seine Schritte unternommen hat und daß er sich mit diesen im strikten Gegensatze zur Ärztekammer und den zahnärztlichen Vereinigungen befindet.

Die Blinddarmentzündung in Preußen. Die Zahl der an Blinddarmentzündung in öffentlichen Heilanstalten Preußens behandelten Personen ist nach der Statistischen Korrespondenz in den Jahren 1903/1906 von 8412 auf 16.781, also beinahe auf das Doppelte gestiegen; die Sterblichkeit ist in der gleichen Zeit von 9·46 auf 6·68% gesunken. Da z. B. in Berlin 80 bis 85% aller an Appendizitis Gestorbenen in Krankenhäusern verpflegt wurden, wird die Sterblichkeitsziffer allgemeine Gültigkeit beanspruchen dürfen. Die Mortalität ist am größten bei jugendlichen Personen (10. bis 25. Lebensjahr); in diesem Alter sterben mehr Menschen an Appendizitis als an allen anderen Krankheiten zusammen. Das männliche Geschlecht ist mehr gefährdet als das weibliche (58·01 gegen 41·99% der Gestorbenen im Jahre 1906).

Die Gefahren des Schnürens. Die Reformbewegung auf dem Gebiete der Frauenkleidung hat auch in den wenigen Ländern, wo sie überhaupt soweit Fuß fassen konnte, daß man ab und zu ein sogenanntes „Reformkleid“ bemerkt, erwiesen, daß in der Praxis die Mode der Hygiene überlegen ist. Man mag sagen: leider! Denn wenn auch über die Frage der Schädlichkeit des Korsetts viel gestritten worden ist, dürfte doch kaum zu bezweifeln sein. Nach einer Zusammenstellung der neueren Ansichten darüber, die in der „Allg. W. Mediz. Zeitung“ erschienen ist, wird vor allem in vielen Fällen die Bleichsucht auf frühzeitiges Tragen des Korsetts zurückzuführen sein. Maßgebliche Autoren vertreten diese Ansicht, wenn auch gewiß nicht jeder Fall daraus erklärt werden darf. Daß mindestens sehr häufig durch das Schnüren Chlorose (Bleichsucht) erzeugt wird, erhält dadurch eine Stütze, daß sie bei Männern überhaupt eine seltene Erscheinung ist, ferner daß in Japan, wo trotz aller europäischen Tendenzen das Korsett nicht eingeführt worden ist, die Bleichsucht fast niemals auftritt mit Ausnahme der Fälle, wo Japanerinnen vollständige europäische Kleidung angenommen haben. Die nächste Wirkung des Korsetts ist eine Behinderung der Zwerchfellbewegungen und damit der Zwerchfellfunktionen. Die Röntgenuntersuchung hat starke Verschiebungen des Zwerchfells nach oben nachgewiesen. Weit schlimmer ist der anhaltende Druck des Schnürleibs auf die Bauchorgane, der sehr bald eine Verschiebung der Eingeweide aus ihrer natürlichen Lage zur Folge hat. Auch kommt es, wie Dr. Groedel beobachtet hat, häufig zur Entstehung einer „chronischen Schnürfurche“. Auch am Magen selbst tritt eine solche Schnürfurche, ähnlich wie an der Leber auf und soll die Entstehung eines runden Magengeschwürs begünstigen. Häufig bewirkt, wie von französischen Ärzten betont wird, das starke Schnüren die Entstehung des sogenannten Sanduhrmagens. Guillinet äußert sich darüber: „Diese Zusammendrückung kann beim Manne durch die Weste oder den Gürtel bewirkt werden, aber sie findet sich ungleich häufiger bei der Frau, wo das Korsett fast immer die Schuld daran trägt.“ Von besonderem Interesse sind die Mitteilungen von Denning, der in Württemberg über die Lageveränderung des Magens zahlreiche Untersuchungen angestellt hat, die fast durchweg denselben ursächlichen Zusammenhang erkennen ließen. Er sagt darüber: „Es ist in Württemberg nicht selten, daß die Beinkleider mit einem schmalen Riemen zusammengehalten werden, und die Nachfrage bei den von mir Untersuchten ergab, daß von den 406 männlichen Personen, bei denen eine normale Lage des Magens



nachgewiesen wurde, nur 16 einen Riemen trugen, während von den 172, die ausgesprochene Magensenkung hatten, 79, also nahezu die Hälfte, die Hosen mit einem um den Körper geschlungenen Riemen oder Strick festhielten."

Programm der Ferialkurse. (Schluß.) Chirurgie. 28. Prof. Dr. Julius Schnitzler: Praktische Chirurgie. Hon.: 20 K. Zeit: 8—10 Uhr vorm., 3mal wöchentl. (Montag, Mittwoch, Freitag). Ort: K. k. Krankenhaus Wieden. Min.: 10; 29. Priv.-Doz. Dr. Anton Bum: Massage und Heilgymnastik mit besonderer Berücksichtigung der Unfallchirurgie und mechanischen Nachbehandlung. Hon.: 80 K. Zeit: 8—9 Uhr. Ort: Institut für Mechanotherapie, I., Deutschmeisterplatz 2. Min.: 4; Maximalzahl 6; 30. Priv.-Doz. Dr. Max Reiner: Orthopädische Chirurgie. Hon.: 50 K. Zeit: 12—1½ Uhr, Dienstag, Mittwoch, Freitag, Samstag. Ort: Ambulatorium für orthopäd. Chirurgie, Allgemeines Krankenhaus, II. Hof. Min.: 8; 31. Ass. Doktor Robert Werndorf: Radiologie der Knochen- und Gelenkserkrankungen. Hon.: 60 K. Zeit: Dienstag, Donnerstag, Freitag, 5—7 Uhr, event. verlegbar. Ort: Ambulatorium f. orthopäd. Chirurgie. Min.: 6; 32. Ass. Dr. Robert Werndorf: Orthopäd. chirurg. Operationen an der Leiche. Hon.: 80 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Besprechung im Ambulatorium für orthopäd. Chirurgie. Min.: 4. — Augenheilkunde. 33. Prof. Dr. Hugo Wintersteiner: Ophthalmoskopie. Hon. 50 K. Zeit: 5—6 Uhr. Ort: Laryngoskopiesaal der III. mediz. Klinik. Min. 10; 34. Prof. Dr. Hugo Wintersteiner: Patholog. Histologie des Auges. Hon.: 50 K. Zeit: 11 bis 12 Uhr. Ort: Pathol. Institut, II. Stock, Zimmer Nr. 46. Min.: 4; 35. Priv. Doz. Dr. Viktor Hanke: Bakteriologie der Augenkrankheiten. Hon.: 70 K. Zeit: 11—12 Uhr vorm. oder 5—6 Uhr nachm. Ort: Laboratorium der Klinik Fuchs. Min.: 4; 36. Priv.-Doz. Dr. Karl Kunn: Poliklinik der Augenkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Ophthalmoskopie und Brillenwahl. Hon.: 40 K. Zeit: 8½—9½ Uhr vorm. Ort: Kaiser Franz Josef-Ambulatorium, VI., Sandwirtgasse 3. Min.: 5; 37. Priv.-Doz. Dr. Leopold Müller: Augenoperationen. Hon.: 50 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Pathol. Institut Tür 4. Min.: 4; 37a. Priv.-Doz. Dr. Moritz Sachs: Ophthalmoskopie. Hon.: 60 K. Zeit: 2—3 Uhr. Ort: Klinik Fuchs. Min.: 6; 38. Ass. Dr. Hans Lauber: Diagnostik und Therapie der äußeren Augenkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit 1—2 Uhr p. m. Ort: Hörsaal der I. Augenklinik. Min.: 8, Maximalz. 10; 39. Ass. Dr. Hans Lauber: Ophthalmoskopie für Ärzte. Hon.: 60 K. Zeit: 6—7 Uhr. p. m. Ort: Hörsaal der I. Augenklinik. Min.: 8, Maximalz. 10; 40. Ass. Dr. Hans Lauber: Repetitorium der praktischen Augenheilkunde für Rigorosanten. Honorar 30 K. Zeit: 5—6 Uhr p. m. Ort: Hörsaal der I. Augenklinik. Min.: 10. — Laryngologie und Rhinologie. 41. Prof. Dr. Michael Großmann: Laryngologie und Rhinologie. Hon.: 40 K. Zeit: 11½—12½ Uhr. Ort: Dozentensaal im k. k. Allgem. Krankenhause; 42. Priv.-Doz. Dr. Johann Fein: Anatomie des Kehlkopfes und der Nase. Hon.: 60 K. Zeit: 6—7 Uhr. Ort: I. anatom. Institut (Hofrat Zuckerkandl), IX., Währingerstraße 13. Min.: 8; 43. Priv.-Doz. Dr. Leopold Réthi: Praktischer Kurs über Laryngo- und Rhinologie. Hon.: 60 K. Zeit: 2—3 p. m. 5mal in der Woche. Ort: Dozentensaal im k. k. Allgem. Krankenhause. Min.: 6; 44. Ass. Dr. Otto Kahler: Laryngologie und Rhinologie mit praktischen Übungen. Hon.: 60 K. Zeit: 10—11 Uhr a. m. Ort: Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. Min.: 8; 45. Ass. Dr. Otto Kahler: Rhino-laryngologischer Operationskurs (an der Leiche). Hon.: 70 K. Zeit: 5—6 Uhr event. nach Übereinkommen. Ort: Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten und pathol. Institut. Min.: 6; 46. Ass. Dr. Otto Kahler: Bronchoskopie und Ösophagoskopie. Hon.: 100 K. Zeit: 12—1 Uhr. Ort: Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. Min.: 2; Ohrenheilkunde. 47. Prof. Dr. Albert Bing: Praktischer Kursus über Ohrenheilkunde. Hon.: 40 K. Zeit: 10—11 Uhr. Ort: Klinik Urbantschitsch; 48. Prof. Dr. Albert Bing: Otologische Diagnostik mit besonderer Rücksicht auf Hörprüfung und Stimmgabelversuche. Hon.: 20 K. Zeit: 6—7 Uhr abends. Ort: Klinik Urbantschitsch; 49. Prof. Dr. Benjamin Gomperz: Pathologie und Therapie der Mittelohrerkrankungen im Säuglings- und frühen Kindesalter (mit Demonstrationen und Übungen an Ohrenkranken). Hon.: 50 K für Ärzte, 20 K für Studenten. Zeit: 12—1 Uhr. Ort: I. öffentl. Kinderkrankeninstitut des Professor Kassowitz, I., Steindlgasse 2, (Tuchlauben Nr. 9). Min.: 10; 50. Priv.-Doz. Dr. Gustav Alexander: Ohrenheilkunde. Hon.: 60 K. Zeit: 9—10 Uhr. Ort: Ohrenabteilung der Allgem. Poliklinik, IX., Mariannengaste 10. Min.: 10; 51. Priv.-Doz. Dr. Hugo Frey: Allgem. Pathologie der Ohrenkrankheiten (mit Demonstrationen). Hon.: 60 K. Zeit: 9½—10½ Uhr. Ort: Patholog.-anatom. Institut. Min.: 6; 52. Priv.-Doz. Dr. Hugo Frey: Otochirurgischer Operationskurs (mit Übungen an der Leiche). Hon.: 70 K. Zeit: 5—6 Uhr. Ort: Patholog.-anatom. Institut. Min.: 6; 53. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Neumann: Praktische Ohrenheilkunde. Hon.: 60 K. Zeit: 3—4 Uhr. Ort: K. k. Universitäts-Ohrenklinik. Min.: 10; 54. Priv.-Doz. Doktor Heinrich Neumann: Otochirurgischer Kurs. Hon.: 70 K. Zeit: 4—5 Uhr. Ort: Patholog.-anatom. Institut. Min.: 6: 55. Ass. Dr. Robert Bárány: Diagnose und Therapie der chirurgischen Krankheiten des Ohres am Krankenbette. Hon.: 60 K. Zeit: 10—11 Uhr, ev. verlegbar, 20 Stunden. Ort: Klinik Professor Urbantschitsch. Min. 10; 56. Ass. Dr. Robert Bárány: Physiologie und Pathologie des Bogengangsapparates. Hon.: 30 K. Zeit: 9—10 Uhr, event. verlegbar, 10 Stunden. Ort: Klinik Prof. Urbantschitsch. Min.: 10; 57. Ass. Dr. Gustav Bondy: Pathologie und Therapie der Ohrenkrankheiten. Hon.: 60 K. Zeit: 11—12 Uhr, ev. verlegbar. Ort: Universitätsohrenklinik. Min.: 10; 58. Ass. Dr. Gustav Bondy: Otochirurgischer Operationskurs am Kadaver. Hon.: 70 K. Zeit: 5—6 Uhr, event. verlegbar. Ort: Patholog. anatom. Institut. Min.: 10. — Dermatologie und Syhilis. 59. Prof. Dr. Salomon Ehrmann: Die Anwendungsweisen der Elektrizität in der Dermatologie: d. i. Elektrolyse, Kataphorese, Röntgen-Licht-Hochfrequenzstrom-Therapie. Hon.: 100 K. Zeit: 5½—6½ Uhr, dreimal die Woche. Ort: k. k. Krankenhaus Wieden. Min.: 4; 60. Prof. Dr. Eduard Spiegler: Therapie der Hautkrankheiten und der Syphilis. Hon.: 50 K. Zeit: 9—10 Uhr. Ort: Poliklinik; 61. Priv.-Doz. Dr. Siegfried





Groß: Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Hon.: 15 K. Zeit: 11—12 Uhr, zweimal wöchentlich (Montag und Mittwoch). Ort: Ambulatorium, VIII., Schmidgasse 11. Min.: 4; 62. Priv.-Doz. Dr. Friedrich Luithlen: Therapie der Hautkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 6—7 Uhr. Ort: Klinik Prof. Finger; 63. Priv.-Doz. Dr. Gabriel Nobl: Diagnostik und Therapie der Blenorrhoe und Syphilis. Hon.: 50 K. Zeit: 5—6 Uhr. Ort: Allgem. Poliklinik. Min.: 4; 64. Priv.-Doz. Dr. Moritz Oppenheim: Syphilis und Hautkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit und Ort wird später bekannt gegeben werden. Besprechung am 1. September, I., Schottenring 28, 9 Uhr vormittags; 65. Priv.-Doz. Dr. Karl Ullmann: Kurs über venerische und Hautkrankheiten, Diagnose und Therapie mit Einschluß der physikalischen. Hon.: 40 K. Zeit: 11—12 Uhr, ev. nach Übereinkommen. Ort: II. Syphilisabt. und Lupusheilstätte. Min.: 10; 66. Ass. Dr. Viktor Mucha: Syphilis und Hautkrankheiten. Hon.: 50 K. Zeit: 24 Stunden. Ort: Hörsaal der Klinik Finger. Min.: 10; 67. Ass. Dr. Viktor Mucha: Gonorrhoe. Hon.: 30 K. Zeit: 12 Stunden. Ort: Hörsaal der Klinik Finger. Min.: 10. — Geburtshilfe und Gynäkologie. 68. Prof. Dr. Richard Ritter Braun v. Fernwald: Operative Geburtshilfe. Hon.: 30 K für Ärzte, 20 K für Studenten. Zeit: $8^1/_2$—$9^1/_2$ Uhr. Ort: Dozentensaal Allgem. Krankenhaus, VIII. Hof. Min.: 10; 69. Priv.-Doz. Dr. Heinrich Keitler: Gynäkologische Operationslehre (Übungen am Kadaver). Hon.: 100 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Operationslokal der II. gynäk. Klinik im path. Institut. Maximalzahl 6; 70. Assistent Dr. Viktor Kroph: Geburtshilfliche Diagnostik, Therapie und Operationen. Hon.: 100 K. Zeit: 5 Uhr p. m. Ort: Klinik v. Rosthorn. Min.: 6; 71. Ass. Dr. Georg August Wagner: Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Hon.: 100 K. Zeit: 3—4 Uhr. Ort: Klinik v. Rosthorn, IX., Spitalgasse 23. Min.: 6. — Zahnheilkunde. 72. Ass. Dr. Bertold Spitzer: Kurs über operative und konservierende Zahnheilkunde. Hon.: 100 K. Zeit: 4—6 Uhr. Ort: K. k. zahnärztl. Universitätsinstitut, IX., Türkenstraße 9; 73. Ass. Dr. Bertold Spitzer: Kurs über Zahnersatzkunde. Hon.: 100 K. Zeit: 8—10 Uhr. Ort: K. k. zahnärztl. Universitätsinstitut, IX., Türkenstraße 9. — Radiologie. 74. Priv.-Doz. Dr. Leopold Freund: Medizinische Radiologie (Röntgenverfahren, Finsentherapie, Radium, Hochfrequenz). Hon.: 60 K. Zeit: Nach Übereinkommen. Ort: Röntgenlaboratorium Klinik Professor Finger, Allgem. Krankenhaus. Min.: 3.

V. Eingesendet.

Reichsverband österr. Ärzteorganisationen,
(derzeit: Wien IV/1, Große Neugasse 1.)

Wien, 14. Juli 1908.

An alle Organisationen!

Es ist eine sehr betrübliche Tatsache, daß sich mit ärztlicher Spezialpolitik nicht nur jene Kollegen beschäftigen, die als Ämterführer der Organisationen dazu gezwungen sind.

In den ärztlichen Kreisen herrscht daher ziemlich allgemein eine bedauerliche Unkenntnis der einfachsten Verhältnisse, die im ärztlichen Stande bestehen, noch mehr aber der Mittel, mit welchen diesen traurigen Verhältnissen begegnet werden soll.

Aus diesem Grunde geschieht es nur zu häufig, daß Kollegen, die es vielleicht ganz gut mit der Organisation meinen, auf eigene Hand Politik betreiben und in Unkenntnis der Argumente für oder gegen eine Stellungnahme Verwirrung schaffen.

Auch ein anderer, oft sehr mißlich empfundener Übelstand resultiert aus dem Mangel allgemeiner Beschäftigung mit den wichtigsten ärztlichsozialen Fragen. Kollegen erscheinen oft ganz uninformiert bei Versammlungen und die Debatte wird dann durch notwendige Aufklärungen und Berichtigungen ins Unendliche ausgedehnt, obwohl bei nur grundsätzlicher Orientiertheit mit den brennend ärztlich-sozialen Fragen viel Zeit erspart und ungleich mehr ärztlich-soziale Arbeit geleistet werden könnte.

Ein ersprießliches Vorgehen, die Durchführung eines erfolgreichen Kampfes für die Rechte des ärztlichen Standes ist nur dann durchführbar, wenn die überwiegende Mehrzahl der Ärzteschaft Österreichs ein Herz und ein Sinn ist, wenn die überwiegende Mehrzahl der Ärzte unsere soziale Frage erfaßt hat.

Deshalb erscheint es mir als dringendste Aufgabe, daß die ärztliche soziale Aufklärung unter den Ärzten mit aller Kraft gefördert werde. Der ärztliche Beruf bringt es mit sich, daß Ärzte selten und nur mit Aufopferung von Zeit und Einkommen in der Lage sind, häufig Versammlungen beizuwohnen. Es bleibt also als wichtigstes Aufklärungsmittel die schriftliche Überlieferung übrig. Ich halte es deshalb für ein Gebot der Notwendigkeit, daß sowohl in den Einzelorganisationen als auch im Reichsverbande ärztlich-soziale Büchereien errichtet werden, die allen Kollegen zugänglich sind, aus welchen jeder Kollege kurzfristige ärztlich-soziale Druckschriften entleihen kann.

Die Mehrzahl ärztlich-sozialer Veröffentlichungen entspringen dem Beweggrunde der Verfasser, ärztlich-soziale Arbeit zu leisten und sind regelmäßig nicht auf Gewinn abgesehen.

Deshalb dürfte jeder ärztlich-soziale Schriftsteller leicht zu bewegen sein, an die ins Auge gefaßten Bibliotheken seine Veröffentlichung unengeltlich oder zu einem sehr herabgeminderten Preise im Belange der guten Sache abzugeben. Viel wertvolles Materiale dürfte durch billigen Ankauf von Antiquaren erhältlich sein und für wichtigere größere Werke, die nicht unentgeltlich zur Verfügung gestellt werden, könnte selbst von den Verlagshandlungen ein Prozentnachlaß erreicht werden.

Dieser Weg scheint mir einer der wichtigst und erfolgversprechendsten um die ärztlich-soziale Heranbildung und damit ärztlich-soziale Reife zu fördern, ohne welche eine erfolgreiche Erhebung der Ärzteschaft eine ärztlich-soziale Gemeinbürgschaft kaum zu erreichen sein wird.

Ich erlaube mir daher den einzelnen Organisationen den Vorschlag zur Errichtung von ärztlich-sozialen Bibliotheken zur Erwägung zu stellen und erbitte mir Bekanntgabe ihres grundsätzlichen Standpunktes gegenüber dieser Frage und Vorschläge zur Durchführung.

Mit kollegialem Gruße

Dr. Adolf Gruß.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.





WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 34. Wien, 22. August 1908. **Nr. 34.**

INHALT:

Die Bekämpfung der Malaria in Österreich.

Von Dr. **L. Sofer.**

Die Malaria ist in Österreich in den Küstenländern (Istrien) und Dalmatien endemisch. Die Regierung ging, entsprechend dem Fortschritte der wissenschaftlichen Forschung, daher daran, diese Volkskrankheit zu bekämpfen. Es lagen mehrere Methoden zur Bekämpfung und Tilgung dieser Krankheit vor. Robert Koch empfiehlt die Behandlung bzw. Ausheilung aller sichergestellten Malariakranken des zu assanierenden Gebietes vor Beginn und während der Malariasaison mittels Chinin. Grassi, Rom, empfiehlt gleichfalls die medikamentöse Behandlung der Malariakranken. Er benützt dazu die Bislerischen Pillen; sie enthalten Chinin bimur. 0·10, Eisenzitrat 0·3, arsenige Säure 0·001 und bittere Extrakte 0·15. Außerdem legt Grassi großen Wert auf den mechanischen Schutz, der darin besteht, daß man die Anopheles vom Menschen fernhält. Das geschieht durch Handschuhe, Schleier, drahtverwahrte Türen nnd Fenster, Räucherungen u. dgl. Celli, Rom, stellt weitergehende Ansprüche. Er verlangt, daß nicht bloß die Malariakranken mit Chinin behandelt werden, sondern auch der gesunde Teil der Bevölkerung des zu assanierenden Gebietes vor der Malariasaison mittels Chinin (0·40 *g* täglich pro Person) für die Malaria unempfänglich gemacht werde. Ross, Liverpool, legt das Hauptgewicht auf die Vernichtung der Mücken und ihrer Brut; das geschieht durch Entwässerung, Zuschüttung von Tümpeln, Übergießen von Tümpeln mit Petroleum oder ähnlichen Stoffen, die Vermeidung von Wasserbildung in künstlichen Behältern, wie Tonnen, Ausgüssen usw.

Die erste systematische Bekämpfung der Malaria in Österreich wurde 1892 von dem k. k. Sanitätskonzipisten Dr. Battara veranlaßt. — Als besonders geeignetes Objekt wurde die Stadt Nona (in der Nähe von Zara) ausersehen. Die Stadt stammt aus der Römerzeit und liegt auf einer kleinen Insel mitten in einem Sumpf an der Mündung eines Baches. Inmitten der Ruinen der einst blühenden Stadt wohnen 300 von großer Armut und Malaria heimgesuchte Menschen, die das eine wie das andere Übel mit Resignation ertrugen, wenngleich beide jährlich eine verhältnismäßig große Zahl von Opfern vorzeitig forderten. Die Behandlung erfolgte nach der Methode Grassis, die er kurz vorher in Ostia durchgeführt hatte.

Begonnen wurde mit einer Intensivkur, d. h. alle erwachsenen Personen bekamen alle 3 Stunden eine Pille (Bisleri), schwangere Frauen und Kinder unter 14 Jahren weniger. Nach 14 Tagen erfolgte eine prophylaktische Behandlung. Das Resultat war: Von den 227 Individuen, die sowohl die Intensivkur wie die prophylaktische Behandlung regelmäßig durchgemacht hatten, erkrankten nur drei neu an leichten Malariafieberanfällen, während nnter den 69 Personen, die sich der Intensivkur und der prophylaktischen Behandlung nicht oder nur unregelmäßig unterzogen, 97 an Malariafieber erkrankt sind.[1])

Diese Erfolge erregten im ganzen Land einen großen Enthusiasmus, und mit Rücksicht darauf, daß im Jahre 1902 die Malaria in Dalmatien besonders heftig grassierte, wurde sowohl in Dalmatien als auch im Küstenlande (Istrien) eine antimalarische Aktion beschlossen.

Der Erfolg war in Dalmation unleugbar. Begonnen wurde mit einer 30tägigen Intensivkur unter der Leitung dreier Endemieärzte. Die Gesamtkosten der im Jahre 1903 systematisch durchgeführten Malariatilgungsaktion betrugen ungefähr 27.000 K. Der Erfolg der Aktion kommt darin zum Ausdruck, daß im Jahre 1903 in allen zwölf Orten, in denen die Aktion durchgeführt wurde, zusammen um die Hälfte weniger Leute gestorben sind, als im jährlichen Durchschnitte der drei vergangenen Jahre.

Im Jahre 1904 wurde die Aktion auf 44 Ortschaften ausgedehnt. Es standen im ganzen 587 Personen gegen 878, 925 und 808 in den Jahren 1901, 1902 und 1903 in Behandlung, die Kosten der Aktion beliefen sich auf ungefähr 76.000 K. Die Wirksamkeit der angewandten Methode wird durch die Tatsache illustriert, daß bei 2690 behandelten Personen nur 241 Rezidive konstatiert wurden. Es kamen sonach auf 100 Behandelte 8·9 Rezidive.

Im Jahre 1905 wurde die Aktion auf 97 Ortschaften ausgedehnt; diese wurden in 13 Malariagebiete geteilt, und jedes derselben einem eigenen Endemiearzt unterstellt. Die Leitung hatten die Amtsärzte Gjiovannovic, Vipane, Battara. Zur Behandlung wurden die staatlichen Chinin-

[1]) Diese und die nachstehenden Daten nehme ich aus „Das österreichische Sanitätswesen".



präparate, und zwar Tabletten zu 0·2 *g* (blau dragiert) und 0·1 *g* (gelb dragiert) Chinin muriat., ferner die Bislerischen Tabletten (rosa dragiert) verwendet; jedoch enthielten die letzteren nur 0·0005 *g* Natr. arsenic., arsenstarke Tabletten (mit 0·001 Natr. ars.) kamen nicht mehr zur Anwendung. Die chronischen Fälle wurden mit Chinin-Eisen-Arsen behandelt, die frischen mit den einfachen Chininpräparaten. Die bei der Intensivkur verabreichten Dosen betrugen, nach dem Alter der Behandelten abgestuft: für die chronischen Malariafälle 5—20 *g* Chininsirup bei Kindern bis zu 3 Jahren, resp. 2—8 Rosatabletten bei älteren Pat. von 3—17 Jahren, für die frischen Fälle 0·1—1 *g* Chinin. Nach 15tägiger Dauer der Intensivkur wurden die auf die Hälfte reduzierten Dosen noch weitere 15 Tage lang gegeben (Nachkur). Mit der Verteilung der Medikamente an die Kranken in den Häusern und auf den Feldern und mit der Registrierung der verteilten Dosen waren 257 Gehilfen betraut. Der Gang der Behandlung wurde von den Endemieärzten durch regelmäßige, nach einem bestimmten Reiseprogramm erfolgten Besuche der zugewiesenen Ortschaften überwacht. Nach Durchführung der Intensivkur und Nachbehandlung verblieben die Einwohner der einzelnen Ortschaften noch bis zum Schluß der ganzen Aktion unter Beobachtung, um die noch nachträglich konstatierten Malariafieberkranken der Kur unterziehen zu können. Verdachtsfälle mit unsicherer Diagnose wurden längere Zeit mit kleinen Chinindosen (0·1—0·4 Chinin pro Tag) behandelt. Die Aktion begann am 10. Mai und mußte infolge Erschöpfung des Kredites statt im Oktober bereits Ende September abgeschlossen werden.

Unter den 55.000 Einwohnern der 97 in die Aktion einbezogenen Ortschaften wurden 25.093 chronische und 2126 frische Malariafälle festgestellt, entsprechend 49·4% der Bevölkerung. Von diesen Kranken waren 19.465 mit einem tastbaren, mehr oder weniger beträchtlichen Milztumor behaftet, 7754 Personen, die bei der Palpation keine vergrößerte Milz aufwiesen, hatten innerhalb der letzten 2 Jahre an Malaria gelitten, und wurden daher als malariaverdächtig gleichfalls der Behandlung unterzogen, 20.790 Kranke machten die Intensiv- und Nachkur vollständig mit, während bei 5650 die Behandlung nur eine unvollständige und bei 779 eine gänzlich unzulängliche blieb. (Als vollständig wurde die Behandlung qualifiziert, wenn 9—10 Zehntel der zur Durchführung der Intensiv- und Nachkur erforderlichen Menge der vorgeschriebenen Medikamente, als unvollständig, wenn 5—9 Zehntel eingenommen wurden; sonst galt die Kur als nicht durchgemacht.)

Unter 27.219 behandelten traten 235 Malariafieberanfälle während und 4352 nach der Behandlung, zusammen also 4587 Fieberanfälle auf, was, wenn sämtliche Fälle als Rezidiven aufgefaßt werden, einem Prozentsatze von 16·9 Rezidiven entspräche. Die diagnostische Abgrenzung wirklicher echter Rezidive von nachträglichen Neuinfektionen ist jedoch fast unmöglich, da die überwiegende Mehrzahl der Behandelten erstens an chronischer Malaria litt, zweitens aber auf ihrem Grund und Boden verblieb und daher beständig frischen Infektionen ausgesetzt war. Man darf daher annehmen, daß eine nicht unerhebliche Anzahl besonders der nach der Intensivkur aufgetretenen Fieberanfälle nicht als echte Rezidive aufzufassen sind, andererseits ist aber auch nicht zu verkennen, daß eine bloß 14 Tage andauernde Intensivkur nicht ausreicht, um auch nur alle chronischen Fälle sicher auszuheilen, und daß für diese eine viel länger dauernde und unter Umständen wiederholte Kur notwendig ist.

Der hauptsächliche Nutzen ist ein wirtschaftlich-ökonomischer, weil die Morbidität der Bevölkerung herabgesetzt und die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung gehoben wird, deren wirtschaftliche Lage durch die gerade zur Zeit der dringendsten Feldarbeiten massenhaft auftretenden Fiebererkrankungen eine sehr traurige war.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Die Sanatorienfrage. — Verein der Sanatorienärzte. — Unterricht über Gesundheits- und Lebensmittelpolizei. — Die städtischen Sanitätsstationen.)

Als die Errichtung eines neuen Sanatoriums in Aussicht stand, begaben sich die Besitzer der bestehenden Sanatorien zum Ministerpräsidenten, um dagegen zu protestieren. Uns interessiert natürlich diese Konkurrenzgeschichte gewöhnlichster Sorte ganz und gar nicht. Unser Interesse erweckt nur der Umstand, daß der Sprecher der Deputation den traurigen Mut hatte, auf die großen Kosten hinzuweisen, die den Besitzern aus der Anstellung der ärztlichen Hilfskräfte erwüchsen. Tatsache ist es aber, und wir lenken wiederum die Aufmerksamkeit der berufenen Kreise auf diesen Umstand — damit diese ihre Energie nicht nur an irgend einem Hascherl, das gestrauchelt ist, erproben sollen, sondern an größeren Objekten, nota bene, wenn sie die Kraft haben — daß die Gehalte der Ärzte an den Wiener Sanatorien mit sehr vereinzelten Ausnahmen direkt standesunwürdig sind, und daß sie geradeso auf die Trinkgelder der Patienten angewiesen sind, wie etwa ein Markör auf die Trinkgelder seiner Gäste; denn von 25 bis 40 fl. monatlich kann selbst ein Arzt nicht leben. Wir sind neugierig, was die Verteidiger der Sanatorien dazu zu sagen haben werden? Die Ärzte der Sanatorien fordern wir aber zur Selbsthilfe und zur Gründung eines Vereins der Sanatorienärzte auf, der in erster Linie Standesinteressen, aber auch wissenschaftlichen Zwecken dienen soll. Der Verein ist eine Notwendigkeit; hoffentlich sind sie nicht solche Sklaven, daß die Gründung hintertrieben wird. Selbstverständlich können solche Brosamen, wie sie jüngst den Ärzten hingeworfen wurden, daß nämlich die Mitglieder des Krankenvereins der Wiener Ärzte für acht Kronen, nur für acht Kronen in den Sanatorien behandelt werden, eine unvoreingenommene Kritik nicht entwaffnen, zumal die Sanatorien eigentlich ein Geschäft machen, da der Usus bestand, in berücksichtigenswerten Fällen Ärzte unentgeltlich zu behandeln.

Auch sonst rumort es im Karpfenteiche. Um die Errichtung neuer Sanatorien zu verhindern, wurde von den um ihre Geldsäcke besorgten Besitzern der alten, respektive von den Direktoren des Verwaltungsrates der betreffenden Aktiengesellschaft ein Hilfsverein für Operationsbedürftige des Mittelstandes gegründet. In den Verein können alle gesunden Leute eintreten, wenn sie eine einmalige Einschreibgebühr von 10 K und einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von 12 K entrichten. Dagegen haben sie im Falle der Operationsbedürftigkeit das Recht auf freien Aufenthalt im Sanatorium und freie operative Behandlung; die Wahl des Sanatoriums und des Operateurs steht dem Patienten frei; die Kosten trägt der Verein und den Nutzen haben die bestehenden Sanatorien, denen es bekanntlich — elend geht.

Damit haben aber die Großkapitalisten die Gründung des geplanten Ärztesanatoriums wahrscheinlich vereitelt — bisher sind etwa eine Viertelmillion Kronen gezeichnet worden, die natürlich nicht hinreichen. Das städtische Sanatorium werden sie nicht verhindern können. Dieses soll im Anschlusse an das Jubiläumsspital der Gemeinde, jedoch räumlich von demselben getrennt, errichtet werden. Natürlich entspricht auch diese Neugründung nicht den Interessen des praktischen Arztes. Es wäre auch wunderlich, wenn unsere Klerikalen etwas für den Arzt täten. Den Ärzten des Jubiläumsspitales — die Namen dieser tüchtigen, d. h. gesinnungstüchtigen Parteigenossen sind bekannt — steht ein privilegiertes Nebeneinkommen in Aussicht, und die praktischen Ärzte können wieder durch die Finger sehen.

Eine Verordnung der Ministerien des Innern, des Unterrichts und des Ackerbaues, die im Reichsgesetzblatt veröffentlicht wurde, enthält die Bestimmungen für die Einrichtung von Unterrichtskursen zur Heranbildung von Organen der Gesundheits- und Lebensmittelpolizei. Diese Kurse werden am Sitze der staatlichen Lebensmitteluntersuchungsanstalten errichtet und die Dozenten für dieselben für die Dauer von

je drei Jahren bestellt. Der Unterricht hat zu umfassen die Vieh-, Fleisch- und Trichinenbeschau, die Erkennung der Nahrungsmittel aus dem Pflanzenreiche, die Lebensmittelkunde exklusive Fleisch und Pflanzen, die Vorschriften für den Verkehr mit Lebensmitteln und die Prüfung des Petroleums. Die Dauer der Kurse wird auf sechs Wochen, das Unterrichtsgeld auf 50 Kronen festgesetzt.

Die Reorganisation der Sanitätsstationen besteht in folgendem: Die Gemeinde hat drei große Sanitätsstationen und zwar in Favoriten, in Hernals und in der Brigittenau und zwei kleine Stationen in Margareten und Rudolfsheim. Unter diesen soll nun der Dienst folgendermaßen verteilt werden: Die Wohnungs- und Effektendesinfektion sowie die Strohverbrennung sind für ganz Wien in den drei großen Stationen vorzunehmen, und zwar in der in Favoriten (Arsenalstraße Nr. 2) für den III., IV., V., VI., X., XI., XII., XIII., XIV. und XV. Bezirk, in der in Hernals (Gilmgasse Nr. 18) für den VII., VIII., IX., XVI., XVII. und XVIII. Bezirk und in der Brigittenau (Gerhardusgasse Nr. 3/5) für den I., II., XIX., XX und XXI. Bezirk. — Der Krankentransport wird in ähnlicher Weise verteilt, nur werden für die Anstalt in Margarethen der IV., V., VI., VII. und XII. Bezirk und für die Rudolfsheimer Station der XIII., XIV. und XV. Bezirk herausgehoben. — Der Leichentransport wird der städtischen Leichenbestattungsanstalt zugewiesen. Für den Sanitätsdienst wird außer den Amtsärzten folgendes Personal systemisiert: 1 Inspektor, 3 Stationsleiter, 43 Sanitätsaufseher, 109 Sanitätsdiener, 46 Sanitätskutscher, 4 fahrkundige Pferdewärter, 3 Wagenwascher, 3 Wäscherinnen und 4 Reinigungsweiber. Der Stationsleiter von Favoriten, wo die neue und größte Anstalt ist, erhält die Bezüge der siebenten Rangsklasse, die zwei anderen Stationsleiter werden Beamte der achten Rangsklasse.

Kongreß der Gesellschaft für orthopädische Chirurgie.

Dem Chirurgen-Kongresse folgte die Tagung der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie im Langenbeckhaus.

Als erster besprach Professor Schultze, Duisburg, die Behandlung von Verkrümmungen der unteren Gliedmaßen, besonders des Platt- und Klumpfußes, welch letzteren er mit sinnreich konstruierten Apparaten auf unblutigem Wege vollständig zur Heilung bringt. Über die Berechtigung auch blutiger Operationen bei der Behandlung des Klumpfußes entspann sich eine lebhafte Diskussion, an der sich u. a. Lorenz, Wien, Bade, Hannover, Vulpius, Heidelberg, Drehmann, Breslau, Müller, Stuttgart und Schultheß, Zürich, beteiligten. Man vertrat im wesentlichen den Standpunkt, daß im allgemeinen dem unblutigen Verfahren auch beim Erwachsenen der Vorzug gebührt, daß aber gelegentlich einmal das schneller zum Abschluß kommende blutige Verfahren berechtigt sein kann.

Prof. Joachimsthal, Berlin, besprach von einer großen Anzahl eigener Beobachtungen das gemeinsame Vorkommen angeborener Hüftverrenkungen mit anderweitigen angeborenen Verbildungen. So beobachtete er gleichzeitig mit der Hüftverrenkung Schiefhals, angeborene Verrenkungen anderer Gelenke, Klump- und Hackenfüße, Defektbildungen am Ober- und Unterschenkel, sowie Spaltbildungen im Bereich der Wirbelsäule. Es ergab sich, daß es vielfach auch bei diesen Fällen noch gelingt, die Hüftverrenkungen noch durch unblutige Maßnahmen zu heilen, manchmal auch noch die übrigen Verbildungen, wie beispielsweise Schiefhals und Klumpfuß, und die Patienten in vollkommener Weise herzustellen. In der Aussprache berichteten Bade, Hannover und Klostermann, Gelsenkirchen, gleichfalls über das Vorkommen von Verrenkungen anderer Gelenke und von Fußverbildungen neben der angeborenen Hüftverrenkung. Bade, Hannover, trat für eine möglichst frühzeitige Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung ein. Guradze, Wiesbaden, sprach unter Vorführung der entsprechenden Bilder über die Erfolge, die man bei Verkrümmungen des Hüftgelenks im Bereiche des Oberschenkels und im Kniegelenk mit der Durchmeißelung des Oberschenkels zu erzielen imstande ist. Auch in der anschließenden Besprechung wurde der Standpunkt vertreten, daß in vielen Fällen das blutige Verfahren vor der unblutigen Geradrichtung den Vorzug verdient.

Darauf sprach Sanitätsrat Schanz, Dresden, über Korrektionsresultate bei schweren Rückgratsverkrümmungen. Er zeigt an Projektionsbildern, daß es möglich ist, mit dem Redressement in Gipsverband bedeutende Korrektionen zu erzielen und dauernd festzuhalten. Dasselbe ist ihm neuerdings mit einer Kur gelungen, welche ohne Gipsverband arbeitet. In der anschließenden Diskussion macht Böhm, Berlin, auf die Wichtigkeit der Anwendung des Röntgenverfahrens vor dem Beginn einer entsprechenden Kur aufmerksam.

In der Eröffnungssitzung gedachte der Vorsitzende Schultheß, Zürich, des verstorbenen früheren Vorsitzenden Geheimrat Hoffa. Mit Gefühlen des Dankes, der Freude und mit gerechtem Stolze haben wir die Entscheidung des Ministeriums vernommen, welche die Wiederbesetzung des orthopädischen Lehrstuhls an der Universität Berlin in bestimmte Aussicht stellt. Als erster Referent nahm Professor Otto Fischer, Leipzig, das Wort zu einem längeren Vortrage über die Wirkung der Muskeln. Er sprach speziell über Sehnenüberpflanzungen. Der zweite Vortragende Böcker, Berlin, berichtete über Fälle von Muskelverknöcherung nach Verletzungen und sprach über die Ursache dieser Verknöcherung. An der Besprechung über diese Ursachen beteiligten sich u. a. Bardenheuer, Köln und Machol, Bonn. Cramer, Köln, berichtete über seine Experimente zum Studium der Heilung der Wunden des Gelenkknorpels. Eine Vereinigung der Knorpelwunde tritt nur ein durch bindegewebige Wucherung aus dem mitverletzten Markraum; im anderen Falle bleibt die Vereinigung aus. Heusner, Barmen, zeigte neue Arten von Schienen vor.

In der Nachmittagssitzung wurde zunächst zur Wahl des Vorsitzenden geschritten, die auf Lange, München, fiel. Karch, Aachen, sprach über die Technik der Sehnenüberpflanzung unter Vorzeigung neuer Instrumente. Bade, Hannover, empfahl behufs künstlicher Versteifung gelähmter Gelenke die Entfernung des Knorpels und mehrere Monate lang hindurch geführte Feststellung der Gelenke im Gipsverband. Gocht, Halle, brachte wieder Untersuchungen über die Anatomie der angeborenen Hüftverrenkung und zeigte ein wertvolles Präparat. Ludloff, Breslau, empfahl eine neue blutige Methode zur Behandlung angeborener Hüftverrenkungen, die durch die unblutige Methode nicht geheilt werden können. Er eröffnet das Gelenk in der Lorenzschen rechtwinkligen Seitenstellung mit einem vordern Schnitt. Fröhlich, Nancy, hat unter 240 Fällen von anfänglich gut gelungener Einrenkung der angeborenen Hüftverrenkung, zehn spätere Verschlechterungen, die hauptsächlich auf Verbiegung des Schenkelhalses und Entzündung zurückzuführen waren, festgestellt. Wullstein, Halle, führte einen Patienten mit funktionell gut gelungener Einrenkung vor, die er vor zehn Jahren operierte. Das Röntgenbild zeigt jedoch bezüglich des Schenkelhalses keine normalen Verhältnisse. Becher, Münster, berichtet über drei Fälle von günstiger Einrenkung von Hüftverrenkung nach früheren Entzündungen und über einen Fall, der nach einer ausgedehnten Verbrennung durch Narbenzug entstanden war. Lorenz, Wien, empfiehlt bei veralteten Hüftgelenksverrenkungen infolge Verletzung die blutigen Verfahren zu verlassen und eine unblutige Funktionsverbesserung des Gelenkes herbeizuführen. Herrmann, Potsdam, zeigt einen Maßapparat zur genauen Feststellung der Beinverkürzungen. Deutschländer, Hamburg, berichtet über Fälle von Plattfuß, welche auf Verletzungen der Fußwurzelknochen zurückzuführen sind. Riedl, Linz, berichtet über eine Operation zur Verbesserung von Zehenverkrümmungen. Chlumsky, Krakau, zeigt die Bilder zweier Patientinnen,



welche infolge schwedischer Gymnastik und trotz der Kriechbehandlung eine bedeutende Verschlimmerung einer vorher nicht sichtbaren Rückgratsverkrümmung erhalten haben. Drehmann, Breslau, macht auf die Gefahren der unblutigen Behandlung bei veralteten Hüftgelenksverrenkungen aufmerksam und empfiehlt gegenüber Lorenz, Wien, bei Fällen, in denen eine blutige Einrenkung als zu schwer erscheint, eine einfache Durchmeißelung des Schenkels dicht unter dem oberen Gelenkabschnitt. Die Methode ist ungefährlich und gibt eine gute Funktion. Schließlich berichtet Dreesmann, Köln, zur Erklärung der Entstehungsursachen der angeborenen Hüftverrenkung über Befunde bei Mißbildungen.

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Fortsetzung.)

Über Immunitätsfragen sprachen R. Graßberger und A. Schattenfroh, Wien.

Die Forschungen der letzten Jahre haben sichergestellt, daß die künstlich erzeugte, aktive, antiinfektiöse Immunität einer Summe von Einzelvorgängen ihre Entstehung verdankt, unter denen besonders jene, die mit der Bildung von Antikörpern einhergehen, der experimentellen Forschung zugänglich sind.

Man ist längst davon abgekommen, die Frage, welchen Anteil die verschiedenen Antikörper an dem Wesen der Immunität nehmen, generell zu beantworten. Bekanntlich gehen aber auch im Einzelfalle die Anschauungen der Forscher über die Bedeutung der nachweisbaren Antikörper stark auseinander. Selbst wenn wir uns nur auf die gut charakteristischen Immunkörper beschränken, fällt uns die schwankende Wertschätzung auf, welche diese Substanzen in neuester Zeit erfahren.

Die Ursache für die auf diesem Gebiete herrschende Unsicherheit liegt neben anderem nach unserer Anschauung vor allem in der Tatsache, daß wir auch heute noch über die Art und Weise, wie die pathogenen Mikroorganismen den Tierkörper schädigen, keineswegs genügend aufgeklärt sind. Wir wollen bei dieser Lücke in unserem Wissen, die charakteristischer Weise den der Immunitätsforschung ferner stehenden Ärzten meistens verborgen bleibt, etwas länger verweilen und sie zum Ausgangspunkte für die Besprechung unserer eigenen Versuche wählen. Dabei soll zunächst nicht untersucht werden, welche Umstände für die Ansiedlung und Vermehrung der krankheitserregenden Bakterien entscheidend sind, sondern gleich auf die engere Frage der pathogenen Wirkung der eingedrungenen Infektionserreger eingegangen werden.

Bekanntlich sind unter dem starken Eindrucke, den vor Jahren die Entdeckung des Diphtherie- und Tetanusgiftes hervorrief, die früher herrschenden anderweitigen Anschauungen verdrängt worden. Es herrscht gegenwärtig recht allgemein die Vorstellung, daß die krankheitserregende Wirkung der pathogenen Bakterien in letzter Linie auf den von diesen Mikroorganismen in der einen oder anderen Weise abgegebenen, mehr oder minder giftigen Stoffwechselprodukten oder Leibessubstanzen beruht. Dabei werden diesen Substanzen je nach der Art des Erregers mehr oder weniger spezifische Eigenschaften zugeschrieben.

Die Verallgemeinerung der bei Tetanus, Diphtherie und einigen anderen bakteriellen Krankheiten gewonnenen Erfahrungen schien um so mehr berechtigt, als speziell in Hinsicht auf das erstgenannte Gift die Übereinstimmung der durch Infektion und künstliche Intoxikation hervorgerufenen Krankheitsbilder in der Tat eine sehr weitgehende ist. Immerhin konnte sich wohl kein Forscher verschweigen, daß die auf Grund von einigen typischen Fällen sichtbarer Koinzidenz von Giftwirkungen und Infektionswirkungen aufgestellte Theorie der Körperschädigung, soweit die zahllosen anderen Infektionskrankheiten in Betracht kommen, auf recht dürftigem Beweismaterial aufgebaut war. Es lag wohl überall die stillschweigende Voraussetzung zugrunde, daß es nur der mangelnden Technik, wie der Unkenntnis der richtigen Züchtungsbedingungen zuzuschreiben sei, wenn bei einer Anzahl bakterieller Erkrankungen der Nachweis von wirksamen Giften so lange auf sich warten ließ.

Gegenwärtig ist die Mehrzahl der Forscher geneigt, den früher scharf betonten Gegensatz zwischen sezernierten Giften und Endotoxinen fallen zu lassen. Teils ist hier die Erfahrung maßgebend, daß es im Einzelfalle schwer zu entscheiden ist, ob die Bakterien die in den Kulturen nachweisbaren Gifte sezernieren oder nach Auflösung ihrer Leibessubstanz freigegeben haben, teils haben genauere Untersuchungen gezeigt, daß auch bei solchen Bakterien, die als typisch giftsezernierend angesehen werden, sich durch geeignete Maßnahmen die gleichen Gifte aus den Leibern ausziehen lassen. Auch der prinzipielle Unterschied, der zwischen Exo- und Endotoxinen noch vor kurzem im Hinblicke auf die verschiedene Möglichkeit, mit den Giften Antitoxine zu gewinnen, gemacht wurde (besonders von Wolff betont), ist in jüngster Zeit unter dem Eindrucke der Arbeiten von Besredka, Macfadyan u. a. von vielen Forschern aufgegeben worden.

Wir kennen heute Gifte von so zahlreichen Bakterien, daß es bei oberflächlicher Betrachtung scheinen könnte, als ob die Frage der pathogenen Giftwirkung im großen und ganzen gelöst wäre. Davon sind wir allerdings noch recht weit entfernt. Manche scheinbaren Errungenschaften erweisen sich bei näherer Betrachtung als unsicher. Der erhebliche Abstand der Wirksamkeit mancher Giftlösungen von jener der klassischen Gifte — Diphtheriegift, Tetanusgift — kommt noch mehr zum Bewußtsein, wenn man die näheren Umstände betrachtet, unter welchen die Giftigkeit mancher Giftlösungen festgestellt wird. So wirkt bekanntlich das Dysenteriegift nur bei besonderer Applikation, bezw. nur auf besondere Versuchstiere in nennenswertem Grade. Noch größere Bedenken sind aber am Platze, wenn man die Frage aufwirft, ob denn die Wirksamkeit der auf die eine oder andere Weise gewonnenen Produkte auch dort, wo sie spezifisch wirken und spezifische Antikörper hervorrufen, in der Tat mit der pathogenen Wirksamkeit, welche die betreffenden Infektionserreger im Laufe der natürlich auftretenden Infektionskrankheiten entfalten, identifiziert werden darf.

Hier bieten sich einer ernsten Kritik mannigfache Angriffspunkte. Zunächst sind manche der Methoden so eingreifender Natur, es erfordert die Gewinnung der Lösungen so besondere Maßnahmen, daß die Frage naheliegt, ob unter natürlichen Verhältnissen jemals auch nur annähernd ähnliche Gifte in nennenwertem Grade frei werden. Dann scheint auch die Spezifität der nach Injektion der „Gifte“ beobachteten Erscheinungen keineswegs ganz sichergestellt zu sein. Kruse hat erst vor kurzem, wie uns scheint, mit Recht an der in neuester Zeit vielfach ausgesprochenen Behauptung, daß derartige Lösungen bei den Versuchstieren „charakteristische“ Veränderungen hervorrufen, Kritik geübt und darauf hingewiesen, daß durch die Produkte von Bakterien der verschiedensten Art ähnliche Erscheinungen hervorgerufen werden und daß es hiebei auch sehr auf die Wahl des Versuchstieres ankomme.

Sehr wichtig für unsere Frage sind jene Versuche, die sich mit dem Nachweise von spezifisch giftigen Absonderungen der Bakterien in dem natürlich oder künstlich infizierten Organismus befassen. Eine ganze Anzahl von Bedenken, die gegen die Deutung der in vitro gefundenen Gifte erhoben werden können, kommen hier nicht in Betracht.

Wenn wir von den bei Tetanus und Diphtherie (ältere Autoren, neuerdings z. B. Uffenheimer), erhobenen Befunden, die in der Tat das gelegentliche Vorkommen von Gift im Blute oder in den Körperflüssigkeiten von Kranken feststellen, Befunden, die offenbar als selbstverständliche Tatsachen wenig Beachtung fanden, absehen, so kommen nur wenig beweiskräftige, auch untereinander keineswegs übereinstimmende Erfahrungen hier in Betracht. Exakte Beobachtungen, die etwa an natürlich infizierten Menschen oder Tieren angestellt



worden wären, liegen unseres Wissens bei den übrigen Infektionskrankheiten nicht vor, so daß wir diesbezüglich auf die Untersuchungen an künstlich infizierten Tieren angewiesen sind. Hier sind erst wieder in neuester Zeit die Verhältnisse Gegenstand intensiverer Untersuchungen geworden.

So viel steht jedenfalls fest, daß die Körperflüssigkeiten keineswegs bei allen Infektionskrankheiten und keineswegs regelmäßig giftige Stoffe enthalten. Die festgestellten Tatsachen können auch aus dem Grunde nicht ohne weiteres auf die natürliche Infektion übertragen werden, weil in vielen Fällen die experimentelle Infektion der Versuchtiere ganz andere Krankheitsbilder erzeugt, als wir sie bei der natürlichen Infektion antreffen. Die Annahme einer Schädigung durch Gifte kann keineswegs für alle Infektionserreger — am wenigsten für Septikämieerreger — als befriedigender Erklärungsversuch gelten. Wir glauben, daß man noch nach anderen Ursachen einer deletären Wirkung der eingedrungenen Parasiten zu suchen hat. Unserer Anschauung nach sind gerade die vitalen Eigenschaften der Krankheitserreger, soweit sie nicht mit einer Vermehrung derselben oder mit einer Absonderung von Stoffen direkt zusammenhängen, bisher recht wenig gewürdigt worden.

Was speziell die biologische Bedeutung der Endotoxine betrifft, so scheint doch die heute so verbreitete Anschauung, daß diese Substanzen, außer Zusammenhang mit den vitalen Eigenschaften des Erregers stehend, keine weitere Rolle spielten, als daß sie nach dem Tode des Bakteriums frei werden und den Wirt vergiften, zwar sehr einfach, aber, biologisch betrachtet, sehr unwahrscheinlich, wenn nicht unnatürlich. Die Giftigkeit der beim Zerfalle frei werdenden Bakteriensubstanzen läßt sich vielleicht doch noch in einem anderen Zusammenhange deuten, wie wir später zeigen wollen.

Ein aussichtsvoller Weg, zu einer Klarstellung der fraglichen Verhältnisse zu gelangen, kann in dem Bestreben gesehen werden, in derartige Untersuchungen auch die Immunitätsverhältnisse einzubeziehen und den näheren Zusammenhang zwischen antitoxischer und antiinfektiöser Immunität einer kritischen Betrachtung zu unterziehen. Es frägt sich, wie gestaltet sich der Infektionsverlauf, wenn wir im einzelnen Falle die Wirkung der von den Bakterien gebildeten Gifte durch Gegengifte ausschalten. Naturgemäß kann für solche Versuche nur eine Bakterienart in Frage kommen, die für die üblichen Laboratoriumstiere eine gewisse Virulenz besitzt und überdies auch durch die Produktion sehr wirksamer Gifte ausgezeichnet ist. Des weiteren müssen sich mit Hilfe dieser Gifte hochwichtige antitoxische Sera herstellen lassen. Aus dieser kurzen Zusammenstellung geht bereits hervor, daß die meisten der gegenwärtig bekannten Bakterienarten für die experimentelle Beantwortung der Frage nicht in Betracht kommen.

Graßberger und Schattenfroh waren nun bei ihren langjährigen Untersuchungen über die Rauschbrandbazillen in die Lage versetzt, eine Bakterienart zu studieren, die allen oben angeführten Bedingungen entspricht und sich demnach vorzüglich zu Versuchen in der angegebenen Richtung eignet. An einem überaus großen Versuchsmaterial von Rindern, Schafen und kleineren Laboratoriumstieren konnten sie sehr eigentümliche Tatsachen feststellen, die, wie sie glauben, das Interesse aller Immunitätsforscher verdienen.

Während den früheren Untersuchern die Darstellung von hochwirksamen Rauschbrandgiftlösungen mißlungen war, konnten sie bald nach Beginn ihrer Studien durch Züchtung geeigneter Kulturen in Zuckerbouillon oder Bouillon, die milchsauren Kalk zugesetzt erhielt, Flüssigkeiten gewinnen, deren keimfreie Filtrate an Wirksamkeit den Diphtheriegiftlösungen nicht nachstanden. Die Filtrate töten subkutan, intravenös, intraperitoneal injiziert in der Menge 0·0005 bis 0·01 *cm*³ Meerschweinchen von 250 *g* ausnahmslos in wenigen Tagen. Durch geeignete Behandlung von Rindern und kleineren Versuchstieren konnten sie diese Tiere absolut giftfest machen. Dabei gewannen sie antitoxische Sera vou hervorragender Wirksamkeit. 1·0 *cm*³ dieses Serums macht die 40.000fache Minimaldosis für Meerschweinchen unwirksam, dabei ließ sich niemals eine Überempfindlichkeit der immunisierten Tiere gegenüber dem Gifte feststellen.

Es handelt sich nun bei den Versuchen mit Rauschbrandgift und mit dem antitoxischen Serum um nichts Geringeres, als daß sowohl die passiv als auch die aktiv absolut giftfest gemachten Tiere bei der Infektion mit einem Bruchteile eines Tropfens Rauschbrandsaft unter den gleichen Erscheinungen, in der gleichen Zeit, oft sogar rascher erliegen wie die nicht vorbehandelten Kontrolltiere.

Diese Erscheinung war keineswegs ein vereinzelter Befund, sondern konnte in großen Versuchsreihen als gesetzmäßig festgestellt werden.

Graßberger und Schattenfroh wollen nun zunächst eine Einwendung, die sie in der Einleitung bezüglich anderer Gifte erhoben haben, gegen ihre eigenen Befunde und Schlußfolgerungen richten.

Vor allem wäre zu entscheiden, ob die in den Filtraten enthaltenen Gifte nicht etwa Kunstprodukte sind, die nur unter ganz besonderen Kulturbedingungen auftreten, derart, daß die mit ihrer Hilfe erzeugten Antitoxine auch wieder nur auf Kunstprodukte reagieren, so daß begreiflicherweise weder „Toxin“ noch „Antitoxin“ mit dem natürlichen Rauschbrandinfektionsprozesse etwas zu tun haben. In dieser Hinsicht war es vor allem nötig, festzustellen, ob die nach Infektion von originärem Rauschbrandmaterial örtlich gebildeten Ödemflüssigkeiten oder die Preßsäfte der Rauschbrandmuskeln von getöteten oder eben eingegangenen Tieren irgendwelche Giftwirkung entfalten.

Das wesentliche an den positiven Befunden ist, daß die giftige Wirkung des Ödemsaftes durch das antitoxische Serum beseitigt werden konnte. Hiemit war der Nachweis erbracht, daß auch im rauschbrandkranken Tiere echtes Toxin gebildet wird.

Anderseits zeigte sich, daß anderweitige Giftstoffe (Endotoxine oder ähnliches) in größerer Menge nicht frei werden.

In den bisher besprochenen Experimenten war die Infektion stets mit Rauschbrandsaft vorgenommen worden. Besonders lehrreich gestalten sich nun die Versuche, bei denen als Injektionsmaterial Kulturen verwendet wurden.

Wir unterscheiden von pathogenen Kulturen des Rauschbrandbazillus hochvirulente atoxische und weniger virulente toxische Kulturen. Erstere, gewonnen aus originären Rauschbrandmaterial durch Aussaat in zuckerfreie Nährböden, sind ähnlich wie die originären Bakterien der Tierkörper, wie schon bemerkt, durch antitoxisches Serum nicht beeinflußbar. Im Gegensatze hiezu sind die Toxingenerationen dem Einflusse des antitoxischen Serums in hohem Maße zugänglich. Für die vorliegende Frage ist auch nur von Wichtigkeit, daß nicht bloß die exquisit toxinliefernden Generationen vom antitoxischen Serum glatt beeinflußt werden, sondern daß zur Erzeugung jenes Zustandes der Bakterien, der sie als empfindlich gegenüber dem antitoxischen Serum charakterisiert, in der Regel die einmalige Passage über Zuckeragar mit nachfolgender Züchtung in zuckerhaltiger Bouillon genügt.

Auch noch auf andere Weise ließ sich zeigen, von welch wesentlichem Einflusse auf den Ausfall der Versuche geringfügige Änderungen der Versuchstechnik sind.

Kaninchen sind im allgemeinen schwer mit Rauschbrand zu infizieren. Gelegentlich gelingt aber doch die Infektion und man kann sie befördern durch Hinzugeben von Toxin zum Rauschbrandsaft. Auch junge Toxinkolbengenerationen sind in diesem Sinne für Kaninchen pathogen. Durch Weiterübertragen des Rauschbrandsaftes verendeter Kaninchen auf ein zweites und auf ein drittes Tier usw. kann man wenigstens durch eine Reihe von Generationen wirksamen Kaninchenrauschbrand hochzüchten. Sehr charakteristisch ist der mikroskopische Befund. In dem rauschbrandigen Gewebe finden sich überaus reichlich Rauschbrandbazillen, und zwar zeigen sich diese in einem Zustande, der morphologisch als



originär imponiert (die Stäbchen sind sporogen, lebhaft beweglich). Es ist nun sehr interessant, daß die Kaninchen gegen diesen Kaninchenrauschbrand durch antitoxisches Serum prompt geschützt werden. Ja, überträgt man von einem Kaninchen Rauschbrandsaft auf Meerschweinchen, die mit antitoxischem Serum vorbehandelt waren und auf Kontrollmeerschweinchen, die mit normalem Serum vorbehandelt waren, so bekommen die Kontrolltiere Rauschbrand und gehen ein, während die mit Antitoxin behandelten Meerschweinchen in der Regel gesund bleiben.

Die Versuche sind so zu deuten, daß die Kaninchen offenbar für jene Originärbakterien, die gar kein Toxin liefern, nicht empfänglich, hingegen wohl empfänglich für die toxinsezernierenden Generationen sind. Bei der Behandlung der Kaninchen mit Rauschbrandsaft findet vermutlich eine Auslese von solchen Generationen, die durch antitoxisches Serum beeinflußt werden, statt.

Eine weitere Versuchsreihe bietet in anderer Hinsicht Interesse. Es sei hier darauf hingewiesen, daß durch wiederholte Behandlung von Meerschweinchen mit steigenden Mengen Rauschbrandsaftes die Herstellung eines Serums gelang, das gesunde Tiere in Mengen von 0·05 bis 0·1 *cm*³ verläßlich vor der Rauschbrandinfektion mit Rauschbrandsaft schützte und demnach im Gegensatze zum antitoxischen als antiinfektiöses Serum bezeichnet wurde. Dieses Serum schützte nun, in größeren Reihen erprobt, auch gegen die Rauschbrandsaft äquivalenten originären Kulturen, nicht aber gegen die vom antitoxischen Serum so leicht beeinflußbaren Toxingenerationen, auch nicht dann, wenn diese von der Einverleibung in das Tier vom präformierten Gifte durch vorsichtiges Erwärmen befreit worden waren.

Die nach unseren Untersuchungen bei allen näher geprüften Originalstämmen festgestellte Tatsache, daß der hochvirulente Zustand der Rauschbrandbakterien dem bei geeigneter Züchtung unter gesetzmäßigen Erscheinungen in einen exquisit toxinbildenden übergeht, daß weiters schon im Gewebssafte sehr häufig Toxin gebildet wird, spricht dafür, daß die Toxinsekretion, wenn sie auch für die pathogene Wirkung an sich nicht entscheidend ist, doch mit einem wichtigen vitalen Vorgange genetisch verknüpft ist.

(Schluß folgt.)

II. Literaturauszüge.

Bemerkungen zum heutigen Stand der Neuronlehre von Prof. Dr. Max Verworn.

Seitdem V. vor sieben Jahren auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Aachen vor der medizinischen Hauptgruppe meinen Bericht über den damaligen Stand der Neuronlehre erstattet hat, ist in der alten Streitfrage über den Zusammenhang und die Beziehungen der beiden allgemeinen Bestandteile des Nervensystems, der Ganglienzellen und Nervenfasern, eine gewaltige Menge von Arbeit geleistet worden. In der Tat konnte die Alternative: entweder Auswachsen der Nervenfaser aus dem Neuroblasten (Neurontheorie) oder aber multizellulare Entstehung der Nervenfaser (Zellkettentheorie), nur auf entwicklungsgeschichtlichem Boden entschieden werden.

Für die Beurteilung der in Betracht kommenden Verhältnisse ist es vor allen Dingen nötig, völlige Klarheit zu haben bezüglich dessen, was man unter „Neuron" und „Neuronlehre" versteht. Der Begriff des Neurons und der Inhalt der Neuronlehre ist von Anfang an teils von Anhängern, teils von Gegnern der Lehre mit einer Reihe von ganz unwesentlichen und teilweise auch völlig unzutreffenden Einzelheiten ausgestattet worden, die den klaren Kernpunkt der Lehre vielfach unnötig verhüllt haben. Ich will hier nicht auf die Geschichte der Neuronlehre zurückkommen, sondern verweise in dieser Beziehung auf meinen Aachener Vortrag. In diesem Vortrage habe ich mich bemüht, den wesentlichen Kern der Neuronlehre aus seinem unwesentlichen Beiwerk herauszuschälen, und es ist denn auch in der Folge der dort fixierte Kern des Neuronbegriffs fast überall angenommen worden. Dieser „Kern der Neuronlehre liegt in der Auffassung des Ganglienzellkörpers mit seinem Nervenfortsatz und seinen Dendriten als zellularer Einheit". Der Nervenfortsatz mit seiner fibrillaren Differenzierung ist ebenso wie die Dendriten ein Wachstumsprodukt des Ganglienzellkörpers und bildet in seinem weiteren Verlauf den wesentlichen Teil der peripherischen Nervenfaser, das heißt den Achsenzylinder mit seinen Fibrillen. Das ist der klar fixierte Inhalt der Neuronlehre. Ob die einzelnen Neurone bei ihrem Aufbau des Nervensystems, wie man gesagt hat, durch „Kontakt" miteinander zusammenhängen, ob durch Kontinuität des Protoplasmas und der Fibrillen, ob die Fibrillen sich durch fremde Ganglienzellkörper oder andere Zellen hindurch erstrecken und ob eine Fibrille des einen Neurons mit einer Fibrille des anderen, von ihr durchzogenen Neurons ihren Weg gemeinschaftlich weiter fortsetzt, das alles sind Fragen, die den Kern der Neuronlehre gar nicht berühren. Das Neuron bleibt bei alledem immer der elementare Baustein des gesamten Nervensystems, sowie die Zelle immer der elementare Baustein des Organismenkörpers bleiben wird, trotz aller Zellbrücken und trotz des Vorkommens von Synzytien und Plasmodien.

In einem diametralen Gegensatz zu dieser Auffassung steht die „Zellkettenlehre". Nach ihr ist die peripherische Nervenfaser, das heißt der Achsenzylinder, nicht ein von der zentralen Ganglienzelle ausgewachsener Fortsatz, sondern das Produkt einer langen Kette von besonderen, peripherisch gelegenen Zellen, und steht erst sekundär mit der Ganglienzelle in Beziehung.

Der Gegensatz in den beiderseitigen Anschauungen kann nicht schärfer gedacht werden.

Die Entscheidung zwischen beiden Anschauungen haben in den letzten beiden Jahren Ramón y Cajal und Harrison auf ganz verschiedenen Wegen gebracht.

Durch alle diese Beobachtungen und Experimente ist jeder Zweifel daran, daß die Nervenfaser ein Ausläufer der Ganglienzelle ist, ein für allemal beseitigt. Damit hat der Kern der Neuronlehre den Wert einer unumstößlichen Tatsache erlangt und die langjährigen Bemühungen von Apáthy, Bethe, Nissl und anderen, den Begriff des Neurons zu zerstören, sind heute gegenstandslos geworden. Damit ist selbstverständlich nicht gesagt, daß die von diesen Forschern gefundenen Einzeltatsachen ihren Wert verloren hätten. Der Kampf hat hier wie überall eine Fülle von neuen Beobachtungen und neuen Problemen gezeitigt, die ihre Bedeutung für die weitere Entwicklung unserer Kenntnisse vom Nervensystem auch in Zukunft behalten werden. Vor allem ist durch die Arbeiten von Apáthy, Bethe und Nissl unsere morphologische Kenntnis von den feineren Strukturverhältnissen im Nervensystem wesentlich gefördert worden. Dagegen dürfte von den physiologischen Spekulationen, welche die Gegner der Neuronlehre an ihre eigenen histologischen Vorstellungen angeknüpft haben, wenig zu retten sein. Gerade für die Physiologie ist aber in Zukunft aus der Behandlung einer Reihe von speziellen Fragen, die teils noch aus dem Kampf um die Neuronlehre übrig geblieben sind, teils jetzt erst sich neu ergeben haben, ein besonderer Gewinn zu erwarten.

Eine Frage, die noch aus der frühesten Zeit des Kampfes um den Neuronbegriff stammt, ist die Frage der Verbindungsweise der Neurone untereinander. Obwohl hier mancherlei bemerkenswerte Einzelheiten gefunden worden sind, besteht doch noch immer nicht überall die wünschenswerte Klarheit. Die durch die Golgibilder ursprünglich erweckte und weitverbreitete Vorstellung, daß die einzelnen Neurone kettenartig nur durch Kontakt miteinander zusammenhängen, ist in ihrer Allgemeinheit wohl heute nicht mehr aufrecht zu erhalten. Aber V. scheint, daß man gerade in der Frage der Verbindungsweise der Neurone untereinander sehr vorsichtig vorgehen und vor allem jede Verallgemeinerung vermeiden muß. Die physiologischen Zusammenhänge im Nervensystem sind so ungeheuer verschiedenartig, daß man von vornherein dei Möglichkeit nicht abweisen darf, daß hier auch Verschieden-



heiten in der Verbindungsweise der Neurone vorhanden sind. Eine andere physiologische Frage, in der noch immer nicht genügende Klarheit herrscht, ist die Frage nach der Abhängigkeit der peripherischen Nervenfaser einerseits von der Ganglienzelle, andererseits von ihrer unmittelbaren Umgebung. Hier sind es hauptsächlich die Erscheinungen, die nach Durchtrennung der peripherischen Nervenfaser auftreten, gewesen, welche Material in dieser Frage geliefert haben. Die Erscheinungen der Nervendegeneration und der Nervenverheilung sind eingehend studiert worden, besonders von Bethe, der daraus Beweise gegen die Neuronlehre zu gewinnen hoffte. Diese Hoffnung war nun zwar verfehlt, aber sie hat doch dazu angeregt, daß unsere Kenntnisse von den feineren Vorgängen bei der Nervendegeneration und Nervenverheilung mancherlei Erweiterung erfahren haben. Nach der alten Wallerschen Ansicht wachsen vom zentralen Ende des durchschnittenen Nerven die Nervenfasern wieder in zentrifugaler Richtung aus und unter normalen Verhältnissen in die degenerierte peripherische Strecke hinein. Dieses Auswachsen des zentralen Stumpfes ist eine unbestreitbare Tatsache. Auf der anderen Seite scheint es zweifellos, daß bei Verhinderung des Hineinwachsens der zentralen Fasern in die peripherische Bahn, auf die Degeneration der letzteren gewisse histologische Veränderungen folgen, die man im Sinne von regenerativen Prozessen deuten kann. Indessen ist es noch völlig unklar, was diese regenerativen Prozesse im günstigsten Falle ohne die Beteiligung des zentralen Endes zu leisten vermögen. Daß bei erwachsenen Tieren eine vollständige Restitution des peripherischen Endes bis zur Wiederherstellung der Erregbarkeit und Leitfähigkeit ohne Beteiligung des zentralen Endes nicht erfolgt, ist sicher. Dagegen behauptet Bethe, bei jungen Tieren eine solche vollständige Restitution der Funktion beobachtet zu haben. Es ist indessen von verschiedenen Seiten, so von Münzer und Fischer, Mott und Halliburton, Lugaro, Ramón y Cajal und Peroncito, Edinger, Langley und Anderson, die Wiederherstellung der Funktion auf ein Hineinwachsen von Nervenfasern aus anderen Gebieten in die abgetrennte Bahn zurückgeführt worden. Dieser Verdacht liegt ja auch sehr nahe, wenn man berücksichtigt, daß degenerierte Nervenbahnen auf vorwachsende zentrale Nervenfaserenden eine richtende Wirkung ausüben und daß Bethe die vollständige Restitution immer nur bei jungen Tieren beobachtete, wo das Wachstum ein besonders intensives ist. In der Tat haben die genannten Autoren, soweit sie die Versuche Bethes nachgeprüft haben, stets negative Resultate erhalten, wenn es einwandfrei ausgeschlossen war, daß ein Hineinwachsen von Nervenfasern in den peripherischen Stumpf stattfinden konnte. (Mediz. Klinik Nr. 4.)

*

Indikationen der Hypnotherapie. Von Dr. E. Trömner. Um Somnambulismus bei der Hälfte neurologischer Patienten zu erreichen, muß man allerdings sehr mannigfachen Umständen Rechnung tragen, denn zu den schwerst zu hypnotisierenden gehören nach den Geisteskranken funktionelle Neurosen. Als die zum Gelingen wesentlichen Momente sind Übung, psychologische Erfahrung, Zeit und günstige Disposition des Hypnotisierenden. Im allgemeinen steigt die Heilungschance mit der Schlaftiefe. Das Lebensalter hat natürlich erheblichen Einfluß: je jünger, um so eher zu heilen.

Als Kriterium des somnambulen Zustandes genügt einwandfreie Amnesie vollständig, da Experimente, wie intra- oder posthypnotische Halluzinationen, oder Automatismen, oder partielle Amnesien sich keineswegs bei allen Somnambulen bewirken lassen und weil sie therapeutisch entbehrlich sind. Ob nicht in einzelnen Fällen experimentelle Erzeugung von Halluzinationen und posthypnotischen Handlungen indiziert ist, um die Suggestibilität in gewissen, der Krankheit entsprechenden Richtungen zu steigern, diese Frage ist meines Wissens noch nicht angeschnitten, geschweige denn entschieden worden. Im übrigen können, wie unter anderen O. Vogt stark betonte, erhebliche Unterschiede zwischen experimenteller und Krankheits-Suggestibilität bestehen. Es kommt vor, daß man lange bestehende Beschwerden in einer einzigen Hypnose beseitigen kann, und doch gelingen weder Analgesie noch Halluzinationen; umgekehrt können die schönsten Experimente gelingen, Heilsuggestionen aber haften nicht oder schlecht.

Eine praktisch wichtige Frage ist deshalb: Wie verhalten sich die zu beeinflussenden Beschwerden zur nötigen Schlaftiefe, respektive wann ist überhaupt die Einleitung eines hypnoiden Zustandes nötig. Im allgemeinen freilich zeigt sich in der Hypnose auch gesteigerte Heilsuggestibilität gegenüber dem Wachbewußtsein. Trömner hat öfter den Versuch gemacht, Kopfschmerzen durch Handauflegen und reine Wachsuggestion zu beeinflussen. Gelang es nicht und leitete ich Hypnose ein, so trat auf dieselben Worte hin Erfolg ein. Deshalb wendet man Wachsuggestionen nicht direkt an, sondern stützt oder lanciert sie durch elektrische oder sonstige physikalische Hilfsmittel. Der hypnotische Bewußtseinszustand erlaubt aber, ohne Umwege und unvermittelt zu suggerieren. Prinzipiell kann man ohne Hypnose auskommen, wenn man seine Suggestionen in eine dem wachen Bewußtsein suggestiv imponierende Form zu kleiden weiß, und geschickte Ärzte verstehen es. Trotzdem lehrt die Erfahrung, daß noch Fälle übrig bleiben, wo Wachsuggestionen versagen, entweder wegen zu geringer Suggestibilität, oder weil durch vergebliche Vorbehandlungen das Vertrauen zur Wachbehandlung verbraucht wurde. In solchen Fällen vermag Hypnose den psychischen Aspekt zu ändern und wieder genügende Suggestibilität herzustellen. Im übrigen bin ich kein Fanatiker der Hypnose; wer mit Wachsuggestionen auszukommen glaubt und weiß, möge es tun!

Welche Schlaftiefe erfordern nun gewisse Gruppen von Beschwerden? Wie wir wissen, lassen sich im Stadium der Somnolenz folgende Empfindungen suggestiv hervorrufen: Schläfrigkeit, Gliederschwere, körperliche und Gedankenruhe — und was sich sugggerieren läßt, läßt sich auch desuggerieren. Infolgedessen wird das leichteste Hypnosestadium genügen, um gewisse Gemeingefühle, wie das Gefühl allgemeiner geistiger und körperlicher Unruhe, das Gefühl von Mattheit, Schläfrigkeit, das von mangelndem Schlafgefühl zu beseitigen. Umgekehrt, wenn sich im somnambulen Schlaf suggerieren lassen: automatische Handlungen, tiefe Analgesie, intra- und posthypnotische Halluzinationen, Amnesien, posthypnotische Urteils- und Erinnerungsfälschungen so werden wir deduzieren können, daß, um die den genannten Symptomen entsprechenden pathologischen Dauererscheinungen suggestiv zu beseitigen, auch Herbeiführung von Tiefschlaf notwendig ist; und das würden sein: pathologische Gewohnheiten, Trieb zu abnormen Handlungen, Zwangshandlungen, Zwangsdenken, sehr heftige Schmerzen, Erinerungsdefekte, krankhafte Veränderungen der Persönlichkeit, Perversitäten, Krämpfe usw. Das mittlere Schlafstadium zeigt die Erscheinungen der Katalepsie, Automatie, eventuell Analgesie und der Denkhemmung und wird deshalb zur Beseitigung abnormer Muskelzustände geeignet sein, psychischer Lähmungen, Konfrakturen und Muskelkrämpfe. Späteres Studium wird zeigen, ob das vorläufig von mir nur als vernunftgemäß deduzierte Gesetz richtig ist: Um Krankheitserscheinungen suggestiv zu entfernen, ist mindestens derjenige Hypnosegrad nötig, dessen Symptome jener Beschwerde entsprechen. Im allgemeinen freilich ergibt der Somnambulismus, da sich in ihm sämtliche Erscheinungen hervorrufen lassen, auch stets das für Krankheitssugestionen günstigste Stadium, und diesen Standpunkt teile ich mit allen praktisch erfahrenen Hypnotherapeuten, wie Bernheim, Forel Wetterstrand, Ringier und anderen.

Von organischen Erkrankungen hat Trömner multiple Sklerose, Myelitis, Paralysis agitans und Tabes hypnotisch behandelt. Bei Fällen der beiden ersteren Erkrankungen hat Trömner trotz genügender Hypnose keinen Erfolg erzielt, wie ja überhaupt organisch spastische Zustände psychisch



sehr wenig beeinflußt werden. Auch Paralysis agitans gab in mehreren Fällen keinen Dauererfolg. Hingegen hatte Trömner bei mehreren Tabesfällen, welche durchaus die üblichen, sonst nicht als funktionell aufgefaßten Symptome darboten, überraschend gute Erfolge.

Die von Trömner suggestiv behandelten Motilitätsneurosen sind Tic, Schreibkrampf, Stottern, Chorea.

Zwei Fälle von Gesichtstic bei Kindern ließen sich völlig, ein Fall von Akzessoriustic bei einem Alkoholisten für längere Zeit beseitigen. Einige andere ergaben wesentliche Besserung. Hingegen erreichte Trömner in zwei Fällen von generalisiertem Tic, Maladie des tics, keinen Erfolg. Auch zwei Fälle von Orbikularistic bei Erwachsenen versagten — übrigens auch bei Übungstherapie nach Brissaud-Meige. Jugendliches Alter ist auch hier glücklicher. Ähnlich erging es Trömner mit dem Schreibkrampf; drei Fälle bei Kindern geheilt, zwei bei Erwachsenen unbeeinflußt. Hingegen heilte Trömner bei Erwachsenen einen milden Fall durch Wachsuggestion, mehrere andere Fälle besserte er durch physikalische Behandlung; in zwei Fällen mittleren Alters, beide trepidierende Formen erreichte Trömner nichts.

Die Möglichkeit suggestiver Beeinflussung Stotternder ist verständlich, da das Stottern meiner Überzeugung nach eine reine motorische Zwangsneurose darstellt, bei welcher organische Komplikationen wie Anomalien in den Sprachwegen nur sekundäre Bedeutung haben.

Jedenfalls scheint Trömner die Dauerhaftigkeit der hypnotischen Erfolge immer noch größer als wie die der übungstherapeutischen. Eine Kombination beider Methoden ist aber in manchen Fällen zweckmäßig.

Auf Grund seiner Fälle kann man die Forderung aufstellen, daß jede Trigeminusneuralgie, bevor man zur Operation schreitet, wenigstens einer hypnotischen Behandlung unterworfen wird. Ihre Erfolge dürften im mittleren Alter und bei vollkommener Technik die der Neurektomie erreichen.

Wenn man Nervenleiden nun nach ihren Chancen rangieren sollte, so würde Hypnotherapie in erster Linie und mit größter Aussicht zu empfehlen sein bei: Trigeminusneuralgie, Enuresis diurna et nocturna, pathologischen Gewohnheiten (besonders Masturbation), Schlafstörungen; in zweiter Linie für Tabesschmerzen, Stottern, Kopfschmerz, Hemikranie, Asthma, Obstipation, Angstneurose, in dritter Linie für solche funktionelle Leiden, bei denen Wachsuggestion versagte — außer in den als kontraindiziert genannten Fällen. (Medizin. Klinik Nr. 4.)

*

Trauma und Sarkom. Von Dr. K. Vogel.

V. hat von Kiefersarkomen fünf ganz einwandfreie Fälle beobachtet, die ich aber eben nur erwähne, da ich keine „Statistik" liefern will.

V. will mehrere Beobachtungen mitteilen, die recht starke Wahrscheinlichkeitsbeweise für die traumatische Ätiologie des Tumors, in diesen Fällen des Sarkoms zu sein scheinen.

Es sind drei Knochen-, drei Hoden- und ein Mammasarkom. Die Krankengeschichten lauten im Auszuge:

1. Johann Sch., 30 Jahre alt. 4. August 1896 bis 30. Jänner 1897.

Anamnese: Patient war früher stets gesund. Er wurde vor einem halben Jahr von einem Fuhrwerk überfahren, so daß ihm ein Rad über das linke Knie dicht oberhalb des Gelenks ging. Genaueres über den damaligen Befund ist nicht zu eruieren, doch hat er vor dem Unfall nichts Abnormes an dem Beine bemerkt. Er wurde ärztlich behandelt mit Umschlägen und Massage, und nach 4 Wochen so weit geheilt, daß leichte Schwellung, geringe Bewegungsbeschränkung und hie und da ein „Stechen" im Knie zurückblieb. Patient ist nicht versichert. Er ist Ackerer und tat seine volle Arbeit wie vorher. Nach 3 Monaten trat das erwähnte „Stechen" stärker auf, besonders abends nach der Arbeit, und lokalisierte sich mehr in den Knochen dicht oberhalb des Knies. Besonders heftig war es, „wenn beide Beinknochen aufeinander zu liegen kommen". Zugleich bildete sich eine zunehmende Schwellung des unteren Oberschenkelknochens aus, die den Mann dann zu uns führte.

Status: Es fand sich bei dem im übrigen gesunden Patienten eine mäßige Verdickung des untersten Femurendes, offenbar ein Sarkom. — Keine Drüsen.

Operation: Eine Exartikulation wurde nicht konzediert und daher die Amputatio femoris oberhalb der Mitte gemacht. Der Tumor war (Pathologisches Institut der Universität Bonn) ein medulläres Rundzellensarkom mit einzelnen Riesenzellen, welches das Periost schon stellenweise durchbrochen hatte. Patient ist bis heute ohne Rezidiv geblieben, also wohl definitiv geheilt.

2. Anna U., 10 Jahre alt, 27. Jänner bis 12. März 1897.

Anamnese: War früher stets gesund. Im letzten Herbst hat sie im elterlichen landwirtschaftlichen Betriebe mehrere Wochen hindurch oft an der Häckselmaschine geholfen und dabei sehr häufig leichte Stöße von einer dünnen Latte gegen die Außenseite des rechten Unterschenkels oberhalb des äußeren Knöchels erhalten. Es sollen dort wochenlang blaugrüne Flecken der Haut vorhanden gewesen sein, die aber bald verschwanden. Nur hie und da klagte das Kind abends über Schmerzen an der betroffenen Stelle. Anfang Dezember wurden die Schmerzen stärker und kontinuierlich, und es fand sich eine leichte Schwellung. Einreibung konnten die langsame Vergrößerung derselben nicht aufhalten.

Status: Derber, spindelförmiger Tumor, etwa 2 *cm* oberhalb des rechten äußeren Knöchels beginnend und sich zirka 10 *cm* nach aufwärts im Verlauf der Fibula erstreckend, nicht verschieblich, nicht empfindlich auf Druck, mit der Haut nicht verwachsen. Keine Entzündungserscheinungen. Keine Drüsen. Kind sonst gesund.

Diagnose: Sarkom der Fibula.

Operation: Resektion der Fibula ober- und unterhalb des Tumors, Ausschälen desselben aus den Weichteilen unter Mitnahme der angrenzenden Muskalatur. Weitere Operation wurde nicht gestattet. Der Tumor erweist sich (Pathologisches Institut der Universität Bonn) als „mittelgroßzelliges Rundzellensarkom". Nach vier Wochen zeigen sich schon Rezidive in den der Wunde benachbarten Weichteilen, doch wollen die Eltern von weiterer Operation nichts wissen und nehmen das Kind nach Hause, wo es bald gestorben ist.

3. Adolf N., Diener, 27 Jahre alt, 29. Dezember 1906 bis 24. April 1907.

Anamnese: War stets gesund.

Am 28. April 1906 fiel ihm in einem hiesigen Warenhause, in dem er angestellt war, eine ziemlich schwere Schachtel, die er von einem hohen Gestell herunternehmen wollte, auf die rechte Schulter. Über dem äußeren Drittel des Schlüsselbeins bildete sich damals eine leichte Schwellung mit grüngelber Verfärbung der Haut und mäßigen Schmerzen. Diese Erscheinungen wurden nicht weiter beachtet und gingen zurück, die Schmerzen zeigten sich bald nur noch bei stärkeren Bewegungen des Armes. Von Oktober ab wurden sie wieder stärker und es bildete sich eine neue leichte Schwellung heraus mit ziemlichem Druckschmerz. Der konsultierte Arzt diagnostizierte eine „Knochenhautentzündung". Dieselbe ging nicht zurück und Patient kam ins Krankenhaus.

Status (29. Dezember 1906): Blasser, aber sonst kräftiger, gesunder Mann.

Die äußere Hälfte der rechten Klavikula ist in einen halbhühnereigroßen, harten, unverschieblichen, wenig empfindlichen Tumor verwandelt. Keine kranken Drüsen. Keine entzündlichen Erscheinungen.

Diagnose: Sarkom der Klavikula.

Operation: Resektion des mittleren und äußeren Drittels der Klavikula mit dem Tumor und den benachbarten Weichteilen. Ersatz des Knochendefektes durch eine mit dem Periost aus der Tibia entnommene Spange. Primäre Naht. Zunächst glatte Heilung. Nach vier Wochen bekommt Patient eine hochfieberhafte Angina, worauf ein Teil der implantierten Knochen-



spange ausgestoßen wird. Der andere Teil sitzt bis heute noch an Ort und Stelle. Eine Difformierung der Schulter ist nicht eingetreten. Ein Rezidiv liegt bis jetzt nicht vor.

Pathologisch-anatomische Diagnose des Tumors: Rundzellensarkom.

(Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Pädiatrische Sektion.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 2. Juli 1908.

August v. Reuß zeigt anatomische Präparate des Falles von kongenitalem Ikterus, den er in der letzten Sitzung vorgestellt hat. Vom Ductus hepaticus sind zwei Äste erhalten, der eine führt in die Leber und endigt blind, der andere ist fast ganz obliteriert. Die Gallenblase ist abnorm klein, mit wässeriger klarer Flüssigkeit gefüllt, ohne Ausführungsgang, der Ductus cysticus und choledochus sind obliteriert. Die Leber ist verkleinert, dunkelgrün gefärbt und zeigt mikroskopisch Bindegewebswucherung und Gallenstauung. Die Ursache der Mißbildung ist eine im Fötalleben abgelaufene Entzündung von unbekannter Ätiologie.

Theodor Escherich fand, daß manchmal eine solche fötale Entzündung auch auf dem Ductus pancreaticus und sogar auf den Darm übergreift.

Theodor Heller stellt einen Knaben mit maniakalischer Psychose und Aphasie vor. Bis zum dritten Lebensjahre galt das Kind als taubstumm. Der Knabe versteht alles, kann aber mit Ausnahme einiger Worte nicht spontan sprechen. er hat selbst einige Worte schreiben gelernt und kann bis 20 zählen. Geschriebenes kann er nicht lesen und lernt das Sprechen nur durch Ablesen vom Munde.

Escherich frägt um die Erklärung der Sprachstörung.

Heller erwidert, daß er als Ursache derselben eine motorische Störung annehme. Die Ursache dieser Störung sei ihm nicht bekannt.

Julius Zappert glaubt, daß es sich wahrscheinlich um ein wegen der Annahme einer bestehenden Taubstummheit in der Erziehung vernachlässigtes Kind handle.

Karl Preleitner berichtet über therapeutische Versuche mit dem Marmorekschen Antituberkulinserum in 13 Fällen. Bei zwei Fällen wurde das Serum subkutan injiziert, in einem Falle ergab sich eine Besserung, ein Fall blieb unbeeinflußt. Bei den übrigen elf Fällen wurde das Serum rektal in Dosen von 2—4 cm^3 einverleibt. Die Gesamtdosis betrug bis zu 244 cm^3. Bei den rektal behandelten Fällen war kein Erfolg zu verzeichnen, störende Nebenwirkungen fehlten.

Siegfried Weiß: Öffentliche Säuglingsfürsorge im Deutschen Reiche. In Deutschland dienen der offenen Säuglingsfürsorge, bei welcher die Kinder unter dem Schutze der Familie verbleiben, Säuglingsfürsorgestellen, Kindermilchanstalten, die Ziehkinderüberwachung, die Generalvormundschaft und die Fortschritte in der Milchhygiene. Die Säuglingsfürsorgestellen trachten, den Säuglingen die Ernährung an der Mutterbrust zu sichern. Der Vorstand einer Fürsorgestelle ist ein Arzt, welchem Pflegerinnen beigegeben sind; manche Fürsorgeanstalten sind an Kinderpolikliniken angegliedert. Eine solche Fürsorgestelle besteht gewöhnlich aus einem Warteraume, Ordinationsraume, Wägeraume, Hausküche und Milchküche, einem Zimmer für die Pflegerinnen. Der Zweck der Kinderfürsorgestellen ist die Prophylaxe; es werden zuerst Recherchen in der Wohnung des Kindes gepflogen, dann folgt die ärztliche Untersuchung, das Kind wird, wenn nötig, mit künstlicher Nahrung versehen, zu welchem Zwecke Milchmarken zugewiesen werden; trinkfertige Milchportionen werden nur ausnahmsweise verabreicht. Jede Mutter erhält die entsprechenden Verhaltungsmaßregeln. Die Kindermilchanstalten geben Kindermilch ohne ärztliche Verordnung zu einem Preise ab, welcher je nach dem Einkommen der Familie verschieden ist, so bekommen sie z. B. Parteien mit einem Einkommen unter 2000 Mk. um die Hälfte des Preises. Die Zahl dieser Milchküchen ist in stetem Steigen begriffen. In Berlin wurden im Vorjahre an stillende Mütter Unterstützungen im Betrage von 81.000 Mk. verwendet, die Höhe der Wochenunterstützung schwankt zwischen 1 Mk. 40 Pf. bis 8 Mk.; dieses System hat sehr gute Resultate ergeben. Man hat auch angefangen, Prämien an solche Hebammen zu verteilen, welche die Mutter zum Selbststillen anhalten. Mehrere Städte haben eine Generalvormundschaft eingeführt, welcher uneheliche Kinder und Kostkinder ohne Rücksicht auf die Heimatszuständigkeit unterstehen, jeder Pflegerin wird eine bestimmte Anzahl von Kindern zur Überwachung zugewiesen. In der Milchhygiene ist in Deutschland ein kolossaler Fortschritt zu verzeichnen, welcher hauptsächlich auf das philanthropische Wirken reicher Grundbesitzer zurückzuführen ist. Es bestehen Musterställe, deren Einrichtung und Betrieb manchmal sogar das Maß des notwendig Erforderlichen weit übersteigen.

Escherich dankt dem Vortragenden für seine interessanten Ausführungen und spricht den Wunsch aus, daß Österreich im Ausbaue der Hygiene und Fürsorge des Säuglingsalters bald einen ebenso hohen Stand wie Deutschland erreichen möge, wenn auch Österreich speziell auf dem Gebiete der Prophylaxe bahnbrechend vorangegangen ist. Er regt an, daß die pädiatrische Sektion ein Referat über die Ausgestaltung der Kinderfürsorge ausarbeite und dieses an die Zentralstelle der im ganzen Reiche im Jubiläumsjahr für das Kind stattfindenden Sammlungen mit dem Ersuchen um Förderung der Kinderfürsorge einreiche.

Gustav Riether bemerkt, daß das von der Gemeinde Wien zu errichtende Zentralkinderheim sicher für die Durchführung einiger neuer Zweige der Kinderfürsorge von Wichtigkeit sein werde.

i. m.

IV. Literatur.

Syphilis et Cancer. Cancer sur Syphilis ou Cancer juxtasyphilitique par le Dr. René Horand, Ex-interne des Hôpitaux et de la Clinique de l'Antiquaille, Chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. Paris, Librairie J. B. Baillière et fils 1908.

Die vorliegende Arbeit bildet eine Teilerscheinung der im genannten Verlag erscheinenden Kollektion, genannt les actualités médicales. Es sind dies Hefte von 96 Seiten in Oktavformat, die sich mit der Wiedergabe diagnostischer und therapeutischer Tagesfragen im Causeurstil befassen, wobei monographische und literarische Gründlichkeit beiseite gelassen wird, mehr eine Anregung für den Leser als ein Studium für den Fachmann. In solcher Weise wird auch in dem in Rede stehenden Hefte ein überaus aktuelles Kapitel abgehandelt, die Beziehungen zwischen der Lues und dem Karzinom, wobei der Autor freimütig die eingangs erwähnte Form der kompendiösen Causerie zugibt. Das Büchlein selbst bringt zunächst eine geschichtliche Rückschau über die Ansichten, die betreffs der Relationen zwischen zwei Krankheiten im allgemeinen, der beiden hier genannten im besonderen geherrscht haben, indem er hiebei u. a. auf eine denselben Gegenstand behandelnde eigene Arbeit hinweist. Es folgt sodann der Versuch, eine Parallele zwischen der Syphilis und dem Krebs zu ziehen und zwar in der Weise, daß zunächst der (wohl überflüssige) Beweis erbracht wird, daß die Lues ansteckend, hereditär und parasitär ist. Eine ausführliche Schilderung der Schaudinnschen Entdeckung mit ihren Konsequenzen nimmt den breitesten Raum (34 Seiten) des Büchleins ein. Der zweite Teil des Büchleins führt sich mit den Worten ein, daß der Krebs gleich der Lues ansteckend, hereditär und parasitär sei. Fragen wir uns, ob es jedoch möglich ist, auch nur für eine dieser drei Behauptungen einen exakten Beweis zu erbringen, so muß die Antwort absolut



negativ bleiben. Die vereinzelten klinischen Beobachtungen, sowie die bekannten Impfversuche auf Hunde, Fische und Ratten bilden noch lange nicht genug Beweis, um das Karzinom als kontagiösen Prozeß anzusprechen; gibt man auch gerne die theoretische Möglichkeit zu, daß ein Krebskontagium bestünde, heute ist das noch Zukunftsmusik. Ebensowenig gestatten die vereinzelten Beobachtungen von Krebs bei Kranken und deren Aszendenten die Behauptung, das Karzinom sei hereditär und endlich ist auch für die parasitäre Natur des Karzinoms noch nicht der geringste sichere Anhaltspunkt gegeben. Wenn man also eine Parallele zwischen zwei Krankheitsprozessen zieht, von denen bei dem einen sämtliche Eigenheiten, bei dem anderen keine einzige erwiesen sind, so ist dies Geschmackssache. Auch ist sehr leicht, z. B. folgendes zu behaupten: Der Krebs hat gleich der Lues drei Etappen. Die beiden ersten Etappen sind unbekannt, wir kennen nur die dritte, welche der Tertiärperiode der Lues entspricht — oder — der Tag wird kommen, wo man das spezifische parasitizide Medikament gegen den Krebs gefunden haben wird. Die Vorstellung des Verfassers, nämlich, daß die angenommenen Krebsparasiten anfangs mit den Spirochäten in harmonischer Symbiose, später in dysharmonischer Symbiose oder Antibiose vegetieren, endlich die Spirochäten überwuchern, hat allerdings viel für sich, denn daß das von der Lues präparierte Terrain die Karzinomentwicklung begünstigt, ist ja allbekannt, aber insolange der Erreger des Krebses nicht bekannt ist, bewegen wir uns lediglich auf dem Boden unfruchtbarer Theorien. Im übrigen sind jedoch auch diese Theorien gleich den übrigen Kapiteln, die sich mit der pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Verlauf und Ausgang der postluetischen Karzinome befassen, sehr lesenswert. Das Schlußkapitel, betreffend die Therapie der Lues bei Krebskranken, bringt eine neue Injektionsspritze, die der Verfasser zur Applikation des von ihm, wie von vielen Franzosen favorisierten grauen Öls angegeben. R. Grünfeld.

V. Aus der Praxis.

Bei der Indikationsstellung der Hebosteotomie ist nach Döderlein als unterste Grenze der Beckenverengerung eine Conj. vera von 6·75 *cm* anzunehmen. Die stärkeren Grade der Beckenverengerung gehören dem Kaiserschnitt aus relativer Indikation oder der Perforation. Die obere Grenze der Hebosteotomie dürfte in der Regel, wenn nicht durch ungewöhnliche Größe und schlechte Konfigurationsfähigkeit des Schädels besondere Verhältnisse geboten werden, $8^1/_2$ *cm* für das platte und 9 *cm* für das allgemein verengte Becken sein.

Bei den der unteren Grenze nahe gelegenen Fällen, wo von vornherein die Wahrscheinlichkeit einer Spontangeburt sehr gering ist, empfiehlt es sich bei stehender Blase die Hebosteotomie erst dann auszuführen, wenn der Muttermund vollständig erweitert ist, bei vorzeitigem Blasensprung dagegen möglichst bald, um durch das Tiefertreten des Kopfes die möglichst schnelle Entfaltung des Muttermundes zu begünstigen. Bei den geringeren Graden der Verengerung dagegen wird man erst dann hebosteotomieren, wenn die längere Beobachtung der Geburt ergibt, daß auf einen spontanen Ausgleich des Mißverhältnisses zwischen Kopf und Becken nicht zu rechnen ist.

Handelt es sich um Kindslagen, bei denen man sich kein Urteil über die Anpassungsfähigkeit des Kopfes bilden kann (Schieflagen, Beckenendlagen), so wird man bei den stärkeren Verengerungsgraden die Hebosteotomie der notwendigen Operation (Wendung, Extraktion des Kopfes) vorausschicken, bei den leichteren Graden kann man, um sich den Vorwurf einer unnötigen Hebosteotomie zu ersparen, die Säge prophylaktisch einlegen und erst beim Durchtritt des Kopfes nötigenfalls die Durchsägung in kurzer Zeit ausführen.

Im Gegensatz zum Kaiserschnitt aus relativer Indikation ist die Hebosteotomie bei Fieber unter der Geburt nicht unter allen Umständen kontraindiziert. Döderlein stellt den Lehrsatz auf, daß bei infizierten Kreißenden die subkutane Hebosteotomie die Perforation des lebenden Kindes in jedem Fall und grundsätzlich verdrängen soll; direkt kontraindiziert sei sie nur bei dem Zeichen schwerer Genitalinfektion, Zersetzung des Uterusinhaltes und bei fiebernden Erstgebärenden. Hier liegt die größte Gefahr in den kommunizierenden Scheidenverletzungen, welche leicht zu einer direkten Infektion des Operationsgebietes durch das infektiöse Genitalsekret führen. Bleiben jene aus, so liegt das Operationsgebiet der subkutanen Hebosteotomie abseits vom Geburtskanale und vollkommen in sich abgeschlossen.

Ob man zugunsten der Hebosteotomie auf die künstliche Frühgeburt ganz verzichten soll, ist eine viel umstrittene Frage. Die Kindersterblichkeit bei Hebosteotomie ist geringer als bei der künstlichen Frühgeburt. Die weitaus besseren Chancen aber für das höher als das kindliche Leben einzuschätzende Leben der Mutter bei der künstlichen Frühgeburt, die ausgezeichneten Resultate einzelner Kliniken mit ihr in bezug auf die Kindersterblichkeit, sowie der Umstand, daß sie für den Praktiker nicht zu entbehren ist und daß die Mutter jede Schnittmethode verweigern kann, sprechen sehr für die Beibehaltung jener Methode.

In den Grenzfällen, in denen der Kaiserschnitt und die Hebosteotomie in Konkurrenz treten, muß man, falls die Eltern ein lebendes Kind garantiert haben wollen oder eine ungünstige Beschaffenheit der weichen Geburtswege vorliegt, dem Kaiserschnitt den Vorzug geben, da die Hebosteotomie für das kindliche Leben nicht garantiert.

Was die Tauglichkeit eines hebosteotomierten Beckens für künftige Geburten anlangt, so sind die Aussichten auf eine spontane Geburt sehr gering, da bleibende Erweiterung des Beckens nicht zu bestehen scheint.

Die Hebosteotomie ist eine in der Therapie des engen Beckens unentbehrliche Operation geworden. Sie ist berufen, im Interesse der Mutter den Kaiserschnitt aus relativer Indikation und im Interesse des Kindes die prophylaktischen Eingriffe einzuschränken. Sie ist jedoch ebenso wie der Kaiserschnitt vorläufig noch keine ungefährliche Operation, die in der Privatpraxis des praktischen Arztes gepflegt werden sollte, da zur Bekämpfung der möglichen Komplikationen spezialistische Kenntnisse und Übung sowie geschulte Assistenz notwendig sind. Die Vermeidung der ernsten Komplikationen, sowie die Besserung des Dauererfolges sind zwei Aufgaben, die noch ihrer entgültigen Lösung bedürfen. (Die Heilkunde Nr. 1. 1908.)

VI. Notizen.

Wien. Der emer. a. o. Universitätsprofessor Dr. Emil Ritter Stoffella d'Alta-Rupe erhielt anläßlich seiner Enthebung von der Stelle eines Hoftheaterarztes den Orden der Eisernen Krone dritter Klasse. — Regimentsarzt Dr. Karl Hawelka den preußischen Kronenorden dritter Klasse.

Der Nachfolger des Hofrates Toldt. In akademischen Kreisen verlautet mit voller Bestimmtheit, daß an die Stelle des wegen seiner anthropologischen Privatstudien vorzeitig zurückgetretenen Vorstandes der zweiten anatomischen Lehrkanzel Hofrates Karl Toldt der Ordinarius an der Innsbrucker medizinischen Fakultät Professor Dr. Ferdinand Hochstetter berufen werden soll. Ferdinand Hochstetter wurde in Hruschau (Österreichisch-Schlesien) geboren und absolvierte an der Wiener Fakultät seine medizinischen Studien. 1885 zum Doktor der gesamten Heilkunde promoviert, betrieb er von allem Anfang an die grundlegende Disziplin der Medizin, die Anatomie. Als Schüler Karl v. Langers vertiefte er sich in diese Wissenschaft, die noch lange nicht ihre Aufgabe vollends erfüllt hat. Vergleichende Anatomie, Entwicklungsgeschichte und auch andere Kapitel der Disziplin beschäftigten ihn während seiner Wiener Tätigkeit nebst den Obliegenheiten, denen er als Privatdozent und später als außerordentlicher Professor nachzukommen hatte. Zunächst Assistent, wurde er dann Prosektor an der Lehrkanzel des Hofrates Zuckerkandl.

Abbazia. Das Organisationskomitee des IV. Internationalen Kongresses für Thalassotherapie, der vom 28. bis 30. September in Abbazia tagen wird, versendet soeben eine erste Mitteilung, welche die Statuten, die Geschäftsordnung, die Liste der zur Diskussion gestellten Fragen und der Berichterstatter, die angemeldeten Vorträge und die Tagesordnung enthält, ferner das Programm der geplanten Feste, der Ausflüge und Ausstellungen. Die österreichische Regierung bringt diesem Kongresse, der unter dem Schutze des Erzherzogs



Rainer steht, großes Interesse entgegen und läßt ihm in Würdigung seiner Bedeutung jegliche Förderung angedeihen. Der Minister des Innern Freiherr v. Bienerth und der Minister für öffentliche Arbeiten Dr. Geßmann haben das Protektorat über den Kongreß übernommen. An der Spitze des Ehrenkomitees steht der Statthalter von Triest Prinz Konrad Hohenhenlohe-Schillingsfürst; das Ehrenpräsidium bilden bekanntlich: Wirkl. Geh. Rat Prof. E. v. Leyden und Geh. Rat Dr. Kirchner, Berlin, Prof. Albert Robin, Paris, Sir Hermann Weber, London, Herrenhausmitglied Hofr. Prof. Ludwig, Hofr. Prof. Winternitz und Ministerialrat Dr. Daimer, Wien. In allen jenen Staaten, welche der Thalassotherapie besondere Pflege zuwenden, haben sich Lokalkomitees gebildet; bedeutende Vertreter der Seeheilkunde befinden sich unter den Referenten und Vortragenden: so steht denn zu erwarten, daß der Kongreß in gemeinsamer Arbeit Hervorragendes leisten wird. — Zugleich mit dem Kongresse wird eine Ausstellung medizinischer Apparate und pharmazeutischer Präparate veranstaltet, deren Beschickung allen großen Firmen nach vorhergehender Anmeldung offen steht. — Das Kongreßprogramm wird auf Wunsch durch das Organisationskomitee in Abbazia, dessen Vorsitzender Regierungsrat Prof. Glax ist, durch Dr. A. Oliven, Berlin, und durch Sanitätsrat Dr. Hennig, Königsberg i. Pr., versendet.

Karlsbad. Die Vereinigung Karlsbader Ärzte beabsichtigt eine ärztliche Studienreise nach Dalmatien, Korfu, Malta, Sizilien und der westlichen Küste Italiens zu veranstalten und hat zu diesem Zwecke den mit allem Komfort ausgestatteten Luxusdampfer „Thalia“ gechartert. Die Reise soll am 10. November in Triest beginnen und nach 28tägiger Dauer daselbst enden. In Aussicht genommen ist (kleine Änderungen vorbehalten) der Besuch von Triest, Abbazia, Gravosa mit Ragusa, Cattaro, Cettinje, Korfu, Malta, Syrakus, Messina, Taormina, Palermo, Neapel mit Ausflügen auf den Vesuv, Pompeji usw., Rom, Korsika (Ajaccio), Nizza (Villefranche) und Genua. Die Preise stellen sich pro Platz von 630 K aufwärts. Die Kabinen sind höchstens zweibettig, einbettige stehen im Preise etwas höher. Dieser Fahrpreis enthält die Kosten der Seereise von 400 K aufwärts und die für alle Teilnehmer gleich hohen Ausgaben für Landaufenthalte von 230 K. In die Schiffsverpflegung nicht inbegriffen sind Getränke, die besonders berechnet werden. Anmeldungen zur Teilnahme an dieser Reise werden bis längstens 15. August 1908 an den Geschäftsführer des Reisekomitees der Vereinigung Karlsbader Ärzte, Dr. Hugo Stark, Karlsbad, erbeten. Der definitiven Anmeldung zu Teilnahme, die bis zum 31. August 1908 zu erfolgen hätte, ist die Hälfte des Fahrpreises beizuschließen, der Restbetrag muß bis Ende September an Dr. Hugo Stark, Karlsbad, eingezahlt werden, wenn bis zum 15. August sich mindestens 100 Teilnehmer gemeldet haben. Die Teilnahme an der Reise ist allen Kollegen, deren Gattinnen und erwachsenen Familienmitgliedern, ferner Delegierten von Badeverwaltungen und Studierenden der Medizin gestattet. Sollte die Teilnehmerzahl 130 Personen überschreiten, so würde für die Seefahrt ein 10%iger, bei 140 Teilnehmern ein 15%iger, bei mindestens 160 Teilnehmern ein 20%iger Nachlaß eintreten.

Selma Lagerlöf, **Wunderbare Reise des kleinen Nils Holgersson mit den Wildgänsen.** Ein Kinderbuch. Zweiter Band. Umschlag von Wilhelm Schulz. Preis geheftet 4 Mark, in Leinen gebunden 5 Mark. Verlag von Albert Langen in München. Der von den zahllosen großen und kleinen Verehrern Selma Lagerlöfs mit Spannung und Ungeduld erwartete zweite Teil ihres Kinderbuches „Wunderbare Reise des kleinen Nils Holgersson mit den Wildgänsen“ ist soeben erschienen. Für alle die vielen, die sich an dem ersten Teil dieses Märchenbandes ergötzt haben, ist das eine erfreuliche Nachricht; wissen sie doch, daß ihnen wieder eine Stunde hohen künstlerischen Genusses bevorsteht. Und sie werden nicht enttäuscht werden. Denn Selma Lagerlöf zuzuhören, wie sie die weiteren Schicksale und Erlebnisse des in ein Wichtelmännchen verwandelten Nils Holgersson bei seiner Fahrt auf den Wildgänsen beschreibt, ihn Land und Leute kennen lernen und von einem wunderbaren Abenteuer zum anderen schreiten läßt, das wird in der Tat alle, die nach diesem Bande greifen, Erwachsene wie Kinder, in das hellste Entzücken versetzen. Es gibt keinen Roman, der so spannend wäre, wie dieses Märchenbuch, aber es gibt wohl auch kein Buch in der ganzen zeitgenössischen Literatur, das so durchtränkt wäre von tiefer, reiner Poesie wie dies einzigartige köstliche Werk der gottbegnadeten schwedischen Dichterin, in dem der Duft und der Zauber des alten germanischen Märchenwaldes wieder auferstanden sind.

VII. Eingesendet.

Kundmachung. Aus dem Erträgnisse der Dr. Josef Singerschen Stiftung ist von dem Wiener medizinischen Doktorenkollegium an zwei arme bejahrte Witwen oder an zwei schon gegen 50 Jahre alte verwaiste, arbeitsunfähige Töchter eines Doktors der Medizin, welcher an der Wiener Universität den Doktorgrad erlangt hat und nicht Mitglied der Witwen- und Waisen-Sozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums war, eine jährliche Unterstützung von K 160.— auf Lebensdauer zu verleihen. Die Bewerberinnen um diesen lebenslänglichen Stiftungsplatz haben ihren Tauf- oder Geburtsschein, dann den Totenschein ihres Gatten oder Vaters, dessen Originaldiplom über den an der Wiener Universität erlangten medizinischen Doktorgrad und ein legales Armutszeugnis ihrem Bewerbungsgesuche beizuschließen und dasselbe bis längstens 1. Oktober 1908 beim Wiener medizinischen Doktorenkollegium, I. Bez., Rotenturmstraße 19. zu überreichen.

Wiener mediz. Doktorenkollegium.

VIII. Offene Stellen.

Bezirksarztesstelle der IX., eventuell eine Sanitätskonzipistenstelle der X. Rangsklasse mit den systemmäßigen Bezügen, eventuell eine Sanitätsassistentenstelle mit einem Adjutum jährlicher 1200 K im Status der politischen Verwaltungsbehörden der Bukowina. Bewerber um diese Dienstposten haben ihre diesfälligen Gesuche mit den Nachweisen über die nach dem Gesetze vom 31. Mai 1873, R. G. Bl. Nr. 37, erforderliche Befähigung, ihre bisherige Verwendung und Kenntnis der deutschen, ferner der rumänischen oder ruthenischen Sprache, und zwar, wenn sie bereits im öffentlichen Sanitätsdienste stehen, im Wege ihrer vorgesetzten Behörde, sonst aber unmittelbar beim Präsidium der k. k. Bukowinaer Landesregierung bis 10. September d. J. einzubringen. Noch nicht im Staatsdienste stehende Bewerber haben ihren Gesuchen überdies auch den Tauf- oder Geburtsschein, den Heimatsschein sowie ein amtsärztliches Zeugnis über ihre physische Eignung beizuschließen.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 35. Wien, 29. August 1908. **Nr. 35.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Die Bekämpfung der Malaria in Österreich.

Von Dr. **L. Sofer.**

(Schluß.)

Die Kosten der Tilgungsaktion beliefen sich im Jahre 1905 auf zirka 94,000 K, auf den Kopf der behandelten Personen entfallen 3 K 43 h. Die Mortalitätsziffer in den 97 in die Aktion einbezogenen Bezirken ist von 1904 im Jahre 1901, 1872 im Jahre 1902, 1772 im Jahre 1903, 1467 im Jahre 1904, auf 1416 im Jahre 1905 zurückgegangen. Da jedoch die Sterbeziffern die Gesamtmortalität betreffen und die letztere überhaupt in Dalmatien größeren Schwankungen unterliegt, so kann dieser zwar bemerkenswerten Abnahme der Zahl der Todesfälle noch keine beweisende Kraft für die Abnahme der Malaria zugeschrieben werden.

Man muß hier die Frage aufwerfen — und diese gilt auch für die Bekämpfung der Malaria in Istrien, die folgt — warum nicht statt des Koch-Grassischen Weges der Rossche gewählt wurde. Die Voraussetzungen für ihn, der allein eine Malariatilgung ermöglicht, liegen in diesen wasserarmen Ländern sehr günstig; dazu zeigt die große Zahl der Rezidive eben die Schwäche des eingeschlagenen Weges; denn die Koch-Grassische Methode verhindert nur den Ausbruch der Fieberanfälle, sie tötet aber nicht alle Malariaprotozoen und bietet so die Möglichkeit her Neuansteckungen und Rezidiven. Ganz außer Auge ließ man, wie speziell von Istrien berichtet wird, das Rossche Verfahren nicht. So weit es ging, wurden alle Tümpel und Pfützen an Straßen und bei bewohnten Ansiedlungen vernichtet. Jedoch war dort, wo das Wasser zum Viehtränken und zu Wirtschaftszwecken verwendet wird, weder die Verschüttung noch die Petrolisierung oder die Behandlung mit Larvicid angängig. Überdies ist die Istrianer Waldwirtschaft — das Buschwald-System (Macchia) —, von dem sich die Grundbesitzer nicht trennen wollen, der Entwicklung und den Lebensbedingungen der Mücken sehr förderlich [2]). Eine wirksame Bekämpfung der Anopheles könnte nur dann vor sich gehen, wenn ganz Istrien mit Meteorwasser aus Talsperren versorgt und dadurch für reichliches Trink- und Nutzwasser gesorgt würde und die Zisternen daher überflüssig wären. Ein derartiges Projekt liegt vor.

In Istrien wurden, um zur Beschreibung der istrischen Aktion (1905) überzugehen, 8 Endemiebezirke geschaffen und für jeden Bezirk 1 Endemiearzt bestellt. Das Hauptgewicht wurde auf die möglichste Ausforschung und Ausheilung der Malariakranken beziehungsweise die Chininisierung der unheilbaren Parasitenträger während der Zeit von Anfang Juni bis Ende Oktober gelegt, wo möglich wurde auch die prophylaktische Chininbehandlung der Gesunden eingeleitet. Die Einführung des mechanischen Schutzes wurde nicht versucht, weil ein Erfolg dieser kostspieligen Methode nicht zu erwarten war. Nur auf allen Bahnobjekten des Malariagebietes wurde der mechanische Schutz eingeführt. Auch hierin scheint man nicht mit der nötigen Energie vorzugehen. Denn das, was in den Tropen durchführbar und möglich ist, sollte auch hier nicht verabsäumt werden.

Die versuchsweise in einigen Gemeinden eingeführte und den Gemeindeärzten übertragene ambulatorische Behandlung der sich freiwillig meldenden Malariakranken hatte nur einen geringen Erfolg; denn einerseits meldet sich nur ein Bruchteil der Behandlungsbedürftigen, und andererseits wird die Kur nicht regelmäßig durchgemacht.

Gleichzeitig mit der Assanierung der neueinbezogenen Gebiete wurde die Kontrolle in den in den Jahren 1903 und 1904 bereits in die Behandlung gezogenen Ortschaften durchgeführt. Hier kamen auf 12.482 Einwohner 796 angemeldete Fieberfälle, von denen 272 einen positiven mikroskopischen Befund ergaben. Die meisten Erkrankungen waren Tropicafälle, die bisher in Istrien selten vorkamen; auch in Italien herrschte diese Erkrankungsform vor.

Aus den in therapeutischer Hinsicht gemachten Erfahrungen wäre hervorzuheben, daß auch sehr lange fortgesetzter Gebrauch von Chinin keinerlei Störungen nach sich zog, ja auf anämische Personen ersichtlich günstig wirkte, speziell wurde bei Kindern eine große Toleranz für größere Chinindosen beobachtet. Ein Fall von Chininintoxikation kam bei einem 8jährigen Knaben vor, der die für die ganze Familie bestimmt gewesene Dosis von 8 Pastillen a 0·2 Chin. mur. auf einmal verschluckte. Es stellten sich Magenschmerzen, heftiger Durst, Erbrechen, verbunden mit kleinem Puls, Lähmung der unteren Ex-

[2]) Nach amerikanischen Beobachtungen entfernt sich die Anopheles nicht über 50 *m* vom Busch; rodet man daher innerhalb dieses Radius alles Gesträuch aus, so verjagt man damit die Stechmücke. Dazu wollen sich aber die Istrier nicht verstehen. (Anm. des Autors.)



tremität, Ohrensausen und Sehschwäche ein. Die Symptome schwanden rasch auf Verabreichung von Exzitantien und am nächsten Tage war der Knabe wieder gesund.

Hingegen sind mehrere Arsenintoxikationen verzeichnet worden, welche um so mehr zu Vorsicht bei dem Gebrauche der Chinin-Arsenpräparate mahnen, als sie oft plötzlich nach längerem und anscheinend anstandslosem Gebrauche auftraten. Bei einem 16jährigen Mädchen entwickelte sich nach 17tägiger Kur ein akutes Hautödem, verbunden mit starker Albuminurie. Nach Aussetzen des Mittels waren die Symptome in 8 Tagen wieder geschwunden. In einem anderen Falle kam es zu Metrorrhagien, in einem dritten zu stecknadelkopfgroßen Blutungen in der Haut des ganzen Körpers. Die Anschauungen über den Wert des Arsenzusatzes zum Chinin sind geteilt.

Sehr pessimistisch spricht sich ein Bericht des Landeskrankenhauses in Pola über die Aktion aus. Es heißt darin: „Wenn wir die relativ hohe Zahl der Neuinfektionen, die Hartnäckigkeit der Rezidive auch in Gegenden, wo das zweite und dritte Jahr die antimalarische Behandlung durchgeführt wurde, die hohe Progression des schweren Tertianafiebers (Aestivo-Autumnalfieber) und noch dazu einen Fall von perniziöser Malaria mit letalem Exitus berücksichtigen, so müssen wir daraus schließen, daß das vergangene Jahr (1905) ein Jahr einer schweren Malariaepidemie darstellt.

Wollen wir in Rechnung ziehen, daß manche Malariakranke von anderen Malariagegenden, wie von Maremmen di Toscana, von der Provincia di Cosenza, von der Herzegowina, von Dalmatien und von Montenegro herkamen, so wird klar, daß ohne Anzeige seitens der Ärzte auch der bloß verdächtigen Fälle und ohne strenge sanitäre Überwachung aller von Malariagegenden stammenden und zugnreisten Personen, die, sei es nun als Arbeiter auf dem Lande, sei es bei Bauten oder bei Festungsarbeiten, kurz in Gegenden, wo die antimalarische Aktion durchgeführt wird, sich niederlassen, man nimmer die Malaria mit Erfolg wird ausrotten können.

Nun wurde wegen des Widerstandes der Landbevölkerung die vor 2 Jahren in der Umgebung von Pola begonnene Kampagne gänzlich aufgegeben oder unterbrochen. Wir können nicht umhin, einen solchen Ausgang zu bedauern, nachdem die Tilgungsaktion in 3 Jahren gegen 100.000 K gekostet hat, aber Mißerfolge aufzuweisen hat, wie die Zahl der dem Polaer Krankenhause 1905 zugelaufenen Malariakranken beweist (395 mit 136 positiven Befunden).

Wenn die Malariaaktion in Südistrien dieses traurige Ende fand — wir hoffen, daß es nur eine Unterbrechung auf unbestimmte Zeit ist —, so klagen wir als Hauptschuldige jene politischen Rädelsführer, die Geistlichen und die Lehrer auf dem Lande an, welche sich nicht nur gegenüber der wohltätigen Aktion indifferent, sondern sogar als hartnäckige Feinde zeigten, indem sie jene zu ihren agitatorischen Zwecken benutzten. Fügen wir noch offen die etwas fahrlässige und ungenügende sanitäre Überwachung seitens manchen Endemiearztes hinzu, der von der Bevölkerung sich so wenig sehen ließ, daß sie ihn nicht einmal kannte, so werden wir begreifen, wie die Aktion einem solchen Ende entgegen gehen mußte.

Die versandten Flugschriften eignen sich zur Erziehung unserer ungebildeten und auf primitiver Kulturstufe stehenden Bauern wenig. Was sollten sie auch nützen, wenn eine Propaganda fehlt, wenn man nicht einmal jenen Leuten, die der Aufklärung am meisten zugänglich sind, die Nützlichkeit der Aktion klar machen konnte. Auch durch die Stiftung der Ambulatorien (s. o.), deren Benützung der Bevölkerung frei gelassen wurde, hat man zwar für die Bequemlichkeit des Arztes gesorgt, aber einen unerwünschten Erfolg erzielt, die Abstinenz der Bevölkerung von der Kur.

Die antimalarische Aktion wird in diesen Gegenden niemals mit Aussicht auf dauernden Erfolg in Angriff genommen werden können, wenn man nicht früher eine genaue Kenntnis der Intensität, welche die Malariainfektion in den einzelnen Gegenden Istriens erreichte, und über die geographische Verbreitung der Malariaparasiten, eventuell der Anophelen (nicht eventuell, sondern dieser vornehmlich. Anm. d. Aut.) haben wird. Dieses Material werden wir aber nur durch auch für die Malaria obligatorische Anzeigepflicht erreichen, wie sie in Deutschland, Holland eingeführt ist; die praktischen Ärzte in Stadt und Land sollten angewiesen werden, jeden auch nur malariaverdächtigen Fall anzuzeigen und von diesem Blutpräparate an eine staatliche Malariastation oder an eine hygienische Landeszentrale zu senden, welche in einer Provinz, wo neben Malaria auch Typhus und Dysenterie endemisch herrschen, wie es in Istrien der Fall ist, für die in der Praxis notwendigen, serologischen und bakteriologischen Untersuchungen von großem Vorteil wäre.

Nach solchen Vorbereitungen erst würde man in der Lage sein, an ein Assanierungswerk zu schreiten, das für die ganze istrianische Halbinsel dringend notwendig ist.“

Soweit der Bericht. Ich kann nur zum Schluß hinweisen, daß auch ich in der Wiener klin. Rundschau 1907 p. 120 auf die Notwendigkeit eines derartigen wissenschaftlichen Institutes hinwies. Dieses hätte neben dem Studium der Malaria (und des Typhus und der Dysenterie) auch das der Pellagra zu pflegen, die im benachbarten Görz und Südtirol endemisch ist; es wären also genug Aufgaben für dieses vorhanden, wie es auch an Vorbildern dafür in anderen Ländern nicht fehlt.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Die Vernachlässigung der Wissenschaft. Der Neubau der Kliniken.)

In weiterer Fortsetzung unserer kritischen Tätigkeit, von der wir uns sicher nicht durch die Entstellung und Verdrehungen eines, aus einem wilden Oppositionsmann zu einem unbedingten Lobhudler avancierten, ex offo Verteidigers aller Übelstände abbringen lassen werden, werfen wir einen Blick auf die Entwicklung unserer öffentlichen Spitäler.

Die niederösterreichische Statthalterei verkündet triumphierend, daß das Röntgenlaboratorium im allgemeinen Krankenhause systemisiert wird, und neue Röntgenabteilungen in den Peripheriespitälern errichtet werden.

In einer Zeit also, in der in Deutschland jedes Provinzspital über eine Röntgenabteilung verfügt, rafft sich unsere wohllöbliche Statthalterei dazu auf, im altberühmten allgemeinen Krankenhaus endlich diese Abteilung zu systemisieren und die Errichtung weiterer in Aussicht zu stellen. Wundert sich noch jemand, wenn der Ruf der Wiener Schule unaufhaltsam zurückgeht?

Und ist mit der endlich durchgeführten Systemisierung der Röntgenabteilung wirklich alles Fehlende geschaffen worden? Keineswegs. Dem Allgemeinen Krankenhause fehlt noch immer eine Abteilung für physikalische Heilmethoden. Wir sind in bezug auf die Erzeugung der Heilsera vielfach vom Auslande abhängig, und charakteristisch ist, daß das „Wiener“ Scharlachserum Mosers aus — Rußland bezogen werden muß. Das Impfinstitut hat bei der letzten Blatternepidemie seine Unzulänglichkeit bewiesen, wo für sein Leiter natürlich eine Auszeichnung erhielt und vegetiert lustig fort bis zu — der nächsten Epidemie. Damit ist die Liste aber noch nicht erschöpft. Die Wissenschaft nimmt sich nämlich die Freiheit, nicht in dem von dem in unserer Sanitätsabteilung versammelten Hofkriegsrat vorgeschriebenen Tempo weiter zu schreiten, sondern schneller. So entstehen in Deutschland Laboratorien für die Pflege der von England ausgehenden opsonischen Methode; bei uns ist weit und breit keine Spur davon. Fast in jeder Provinz finden wir in Deutschland eigene, mit den modernen Hilfsmitteln ausgestattete Untersuchungsanstalten für serologische Studien, Volksseuchen (Typhus, Genickstarre, Ruhr usw.), bei uns keine Spur davon. Wir erfreuen uns außerdem gewisser spezieller Seuchen, wie der Malaria, der



Pellagra. Auch für diese bestehen keine Spezialanstalten. Wundert man sich noch über die Erstarrung, die unsere wissenschaftliche Welt beherrscht, und die Jahr für Jahr unverweigerlich mehr unseren Ruf schmälert?

In dem schon berührten und berühmten Tempo unserer Sanitätsstelle wird auch mit dem Neubau der Kliniken fortgefahren. Zunächst wird mit dem Baue von drei neuen Kliniken auf dem Areale der vom Wiener Krankenanstaltsfonds erworbenen Irrenhausrealität im 9. Bezirke begonnen werden. In dieser an die Fertigstellung der beiden Frauenkliniken sich anschließenden zweiten Bauperiode wird die Erste medizinische Klinik des Professors von Noorden, welche für hundert Belagstellen nebst einem Isolierpavillon projektiert ist und außer den klinischen Unterrichtsräumen auch eine besondere diätetische Küche und Laboratorien für Stoffwechseluntersuchungen enthalten wird; dann die Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Hofrates Chiari mit 48 Belagstellen und einer Diphtheriestation von sieben Betten; ferner auf Grund eines besonderen in Aussicht stehenden Übereinkommens mit dem Anna-Kinderspitalsvereine auch die Kinderklinik des Hofrates Dr. Escherich zur Ausführung gelangen. Diese letztere Klinik soll an der Stelle des jetzigen Anna-Kinderspitales, dessen Name beibehalten wird, errichtet werden; das Hauptgebäude dieser Klinik wird für 44 Krankenbetten, für eine Säuglingsstation von 10 Betten und eine sogenannte Boxstation mit 12 Betten eingerichtet; außerdem wird ein Scharlachpavillon mit 24 Betten und ein Diphtheriepavillon mit 21 Betten hergestellt. Das Wartepersonal wird in den klinischen Gebäuden Naturalwohnungen erhalten. Der Hörsaal der medizinischen Klinik ist für 236, jener der laryngologischen Klinik für 100, der der Kinderklinik für 200 Sitzplätze eingerichtet.

Die Bauprojekte sind unter Mitwirkung der Klinikenvorstände und des Ministerialrates Emil Ritter v. Förster vom Leiter der Baukanzlei für das neue Krankenhaus Oberingenieur Bartholomäus Piekniczek ausgearbeitet; bei der Anlage und Ausstattung der Räumlichkeiten wird ausschließlich ihre Zweckbestimmung für eine Krankenanstalt und Unterrichtsklinik maßgebend sein, doch ist darauf Bedacht genommen, daß die Bauten durch die Gliederung der Fassade und durch die Formation der Dächer auch architektonisch gut wirken.

Die Kosten für die Rohbauten, welche wenn möglich noch im laufenden Jahre fertiggestellt werden sollen, sowie für die immobilen Installationen sind in den Detailvoranschlägen für die medizinische Klinik mit rund 1,223.000 K, für die laryngologische Klinik mit rund 639.000 K und für die Kinderklinik mit 1,427.000 K veranschlagt; für diesen letzteren Spitalsbau wird der Kinderspitalsverein nach dem in Aussicht stehenden Übereinkommen einen Baubeitrag von 545.000 K leisten. Einschließlich der Kosten für die innere und wissenschaftliche Einrichtung dieser drei Kliniken, sowie mit den nötigen Installationen und Anlagen außerhalb der Gebäude beziffert sich der veranschlagte Aufwand auf rund 4,700.000 K. Die Fertigstellung und Betriebseröffnung dieser drei neuen Kliniken ist für den Oktober 1910 geplant.

Die Übersiedlung der beiden geburtshilflich-gynäkologischen Kliniken der Hofräte Schauta und v. Rosthorn aus dem Allgemeinen Krankenhause in die neuerbauten Frauenkliniken (Spitalgasse) wird endlich, nachdem sie schon vor ungefähr einem Jahre angekündigt wurde, in den nächsten Tagen beginnen und werden sodann die Neuaufnahmen von Frauen dort stattfinden; zum nächsten Wintersemester werden diese neuen Kliniken im vollen Betriebe sein. Die gesamten Kosten beliefen sich (ohne das vom Krankenanstaltsfonds um 4,500.000 K erworbene Areale des früheren städtischen Versorgungshauses) für Bau und Einrichtung auf rund 5,000.000 K. Jede dieser Kliniken ist für 200 geburtshilfliche Belagstellen nebst 35 Reservebetten (sogenannte Wechselbetten) und für 52 gynäkologische Belagstellen (nebst 6 sogenannten Wechselbetten) eingerichtet; der räumlich getrennte Pavillon für Infektionskranke bietet einen Belagraum für 24 Kranke. Ferner sind in diesen beiden Kliniken die Wohnräume für die Assistenten und Hilfsärzte, für die praktizierenden Studierenden und für das Wartepersonal vorgesehen. Hörsäle sind für 200 Sitzplätze eingerichtet; die Operationsräume und Laboratorien werden den Anforderungen genügen.

Der zwischen den beiden Frauenkliniken befindliche Mitteltrakt des ehemaligen Versorgungshauses wird in nächster Zeit einen durchgreifenden Um- und Zubau erhalten und nach dem mit dem niederösterreichischen Landesausschusse getroffenen Übereinkommen für die bis auf weiteres noch im alten Krankenhause bleibende Landesgebärklinik und Hebammenschule des Regierungsrates Piskaček eingerichtet werden.

Kongreß der Deutschen Röntgengesellschaft.

Ende April fand in Berlin die Tagung des vierten Kongresses der Deutschen Röntgengesellschaft statt. Den Vorsitz führte zunächst Dr. Gocht, Halle. Nach Erledigung des Geschäftsberichtes wurde zur Wahl des Vorsitzenden geschritten, die auf Professor Krause, Jena, fiel. Hierauf wurde in die Tagesordnung eingetreten.

Das Hauptthema lautete: Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose der Tuberkulose. Als erster erörterte Rieder, München, den Gang der Untersuchung und die Verwendung der dafür erforderlichen Apparate. Zunächst kommt der Leuchtschirm in Betracht, der auf die Brust gelegt, etwaige Veränderungen der Lunge durch entsprechende Verdunklungen verrät. Bei unbestimmter oder allzu schwacher Schattenbildung muß das Leuchtschirmbild durch eine Röntgenphotographie ergänzt werden, welche Tuberkuloseherde viel deutlicher wiedergibt. Besonders wichtig ist die Untersuchung der Lungenspitzen, in deren hinteren Partien die Tuberkulose heftig einsetzt und des sogenannten Hilus, das ist die Stelle, an der die von Drüsen umgebenen Bronchialgefäße eintreten. Das Röntgenverfahren ergänzt die sonstigen Untersuchungsmethoden und gestattet vielfach ein entscheidendes Urteil, weil es auch tiefliegende Herde aufdeckt und ein genaueres Bild von deren Sitz und Ausdehnung gibt als die Untersuchung mit Hammer und Hörrohr. In zweifelhaften Fällen sollte daher die Röntgenuntersuchung der Lunge nicht verabsäumt werden.

Krause, Jena, warnte eindringlich, Unmögliches von der Röntgenuntersuchung zu fordern, und besprach gewisse Fehlerquellen des Verfahrens. Nach Albers kann man mittels Röntgenographie einen Lungenkatarrh überhaupt nicht, kleine Verdichtungsherde schon dann feststellen, wenn die Beklopfung versagt und Behorchung ein unsicheres Resultat liefert. Auch die folgenden Redner teilten ihre Erfahrungen bezüglich der Verwendung der Röntgenstrahlen für die Lungenuntersuchung mit. Alle stimmen darin überein, daß die Röntgenuntersuchung nur in enger Verbindung mit den anderen Methoden verwertbar ist und über den spezifischen tuberkulösen Charakter der Erkrankung keinen Aufschluß gibt.

In der darauffolgenden Gruppe für physikalische Vorträge behandelte Dr. Walter, Hamburg, die wichtige Frage, inwieweit die meisten unter der Bezeichnung Röntgenplatten käuflichen photographischen Platten besondere Vorzüge für die Röntgenaufnahme besitzen. Er hat eine große Zahl verschiedener Platten chemisch analysiert und auch ihr Verhalten gegen Licht und Röntgenstrahlen geprüft. Die Empfindlichkeit der Platten gegen Röntgenstrahlen ist mit Rücksicht auf die Zeit der Bestrahlung etwa dreimal geringer als unter der Wirkung der Lichtstrahlen. Die sehr zahlreich angemeldeten Vorträge technischen Inhaltes betreffen im großen und ganzen zwei Probleme der Röntgenographie, nämlich die Verstärkung der Tiefenwirkung und die Herstellung von Röntgenaufnahmen in möglichst kurzer Expositionszeit.

Holzknecht, Wien, teilte mit, daß er durch Vervollkommnung des Instrumentariums so weit gelangt sei, im Innern des bestrahlten Körpers wie an seiner Oberfläche eine gleichmäßige Bestrahlung herzustellen. Das Wesentliche dabei



ist, wie der Berliner Physiker Bauer in einem interessanten Vortrage ausführte, daß man die Röntgenröhren statt mit dem gewöhnlichen Induktionsstrom mit einer erheblich stärkeren Energiequelle, mit Teslastrom speist. Durch geeignete Vorrichtungen konnte man eine Stromspannung von einer halben Million Volt erzeugen. Bauer erregte damit 16 Röntgenröhren zugleich und erhielt so ein gleichmäßiges Strahlungsfeld von außerordentlicher Wirkung. In Zukunft wird man eine solche Röhrenbatterie in einem besonderen Zimmer aufstellen. Dorthin wird man mehrere Patienten gleichzeitig schicken wie etwa in ein römisches Bad. In einer bestimmten Zeit der Bestrahlung können sie dann wieder ihren Geschäften nachgehen und nehmen die angenehme Gewißheit mit, daß das Röntgenfeld ihren Körper gleichmäßig durchsetzt hat. Bei der Bestrahlung werden die kranken Stellen, die Krebszellen oder Tuberkelbazillen viel schneller zerstört wie das gesunde Gewebe, das sich gegen die Strahlenwirkung durch seine natürliche Energie wehrt. Nach den Ausführungen der beiden Vortragenden darf man annehmen, daß die Röntgenbehandlung mit diesen Röhrenbatterien einen guten Schritt weiter gekommen ist.

Nach einigen Vorträgen, die sich mit verschiedenen Messungsapparaten beschäftigten, zeigte Direktor Grisson, Berlin, eine Vorrichtung zur Herstellung von Röntgenaufnahmen mit sehr kurzer Expositionszeit, und Grashey, München, setzte die verschiedenen Umstände auseinander, die ein schnelles Verfahren als wünschenswert erscheinen lassen.

In der therapeutischen Vortragsgruppe zeigte es sich, daß die Benutzung der Röntgenstrahlen als Heilmittel nach wie vor das Interesse der Ärzte besitzt, aber die anfangs freilich zu hoch gespannten Erwartungen doch nur auf einem beschränkten Gebiet in befriedigendem Grade erfüllt hat. Zu einer überaus lebhaften Diskussion führte zunächst die Erörterung der Röntgenbehandlung des Krebses.

Grunmach, Berlin, sprach an erster Stelle über die Behandlung des Magenkarzinoms mit Röntgenstrahlen auf Grund eines Falles, wo nach Ausführung des Magenschnittes eine als inoperabel befundene Geschwulst neun Monate lang mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. In dieser Zeit verkleinerte sie sich von der Größe einer Faust bis zu der einer Kartoffel und auch die durch sie veranlaßten Beschwerden besserten sich bedeutend. Allerdings starb der Patient dennoch nach einem Dreivierteljahr, doch meint Vortragender, diese Lebensverlängerung der Röntgenbehandlung zugute schreiben zu dürfen, ebenso auch den Umstand, daß der Pat. sogar wieder arbeitsfähig geworden ist.

Krause, Jena, äußert eine ganz pessimistische Ansicht über den Wert der Röntgenbestrahlung bei Magenkrebs; er habe in keinem einzigen Falle einwandfreie Heilung oder auch nur Besserung feststellen können. Auch von anderer Seite wird die Besserung in dem erwähnten Falle der vorher ausgeführten Operation zugeschrieben.

Gottschalk, Stuttgart, dagegen macht den Fall eines 72jährigen Arztes namhaft, der gleichfalls durch die Röntgenbehandlung bei Magenkrebs eine Lebensverlängerung von mehr als einem Dreivierteljahr erfahren und über den Verlauf seines Leidens selbst berichtet hat.

Ebenso bestätigt H. E. Schmidt, Berlin, die Möglichkeit eines Erfolges und will sogar eine Besserung von zweijähriger Dauer festgestellt haben. Derselbe behandelt dann in seinem eigenen Vortrage die Erfolge der Röntgenbehandlung bei anderen ähnlichen Erkrankungen. Bei inoperablem Brustkrebs hat er eine wirkliche Heilung noch nie gesehen. Kankroide oder fressende Geschwüre, deren Identität übrigens von anderer Seite beanständet wird, werden häufig geheilt, und zwar wahrscheinlich auf die Dauer. Bemerkenswert ist die Erfahrung, daß diese Leiden entweder in kurzer Zeit, nämlich in nur 3—10 Sitzungen, und bei Anwendung sehr kräftiger Bestrahlung oder gar nicht geheilt werden.

Härting warnt davor, zugunsten der Röntgenbehandlung den chirurgischen Eingriff zu verzögern.

Gottschalk, Stuttgart, demonstriert den Erfolg der Behandlung bei einer kolossalen Krebsgeschwulst am Kopfe. Abschließend ist über diesen Teil der Verhandlung zu bemerken, daß die Erfolge der Röntgenologie gegen den Krebs bisher im ganzen keine bedeutenden gewesen sind und von vielen gewichtigen Stimmen überhaupt angezweifelt werden. Weit günstiger stellt sich das Ergebnis in der Behandlung des gewöhnlichen Lupus (Hauttuberkulose), der immerhin in einem Verhältnis von $^1/_2$ auf 1000 Einwohner bei uns verbreitet ist.

Wichmann, Hamburg, berichtet über eine größere Zahl von schweren Fällen, die sämtlich zur Arbeitsunfähigkeit geführt hatten. Die Resultate waren außerordentlich günstig, namentlich bei Kombinationen des Röntgenverfahrens mit anderen Mitteln (Heißluft, Finsenlicht, Radium), wobei auch entstellende „Röntgennarben“ vermieden werden.

Friedrich, Jena, hat sich dem Studium der schwerwiegenden Frage gewidmet, ob der Einfluß der Röntgenstrahlen schädliche Veränderungen der Niere und ihrer Tätigkeit herbeizuführen vermag. Neuere von ihm angestellte Tierversuche führten zu dem Ergebnis, daß schwerere Veränderungen in den Nieren nur in seltenen Ausnahmen eintreten. Den Beschluß der Sitzung machte eine Reihe von Projektionsvorträgen.

Zunächst zeigte Fränckel, Hamburg, eine große Zahl von Röntgenbildern zur Veranschaulichung von Wirbelgeschwülsten, die als fachliche Bezeichnung den Namen einer osteoplastischen Karzinose erhalten haben und eine erst seit kurzer Zeit erforschte Erkrankung der Wirbelkörper von großer Wichtigkeit darstellen. Diese Veränderungen, die im Gefolge von Krebs eintreten, sind oft von sehr schwerer Natur, aber durch die Röntgenuntersuchung schon in einem Stadium nachweisbar, wo sich im Befinden des Patienten nur erst geringe Anzeichen einstellen. Die Markräume der Wirbel erscheinen im Röntgenbild ganz dunkel, sind also mit Knochenmasse ausgefüllt. Die Geschwülste sind zunächst sehr klein, aber von verhängnisvoller Bedeutung, indem sie später auf verschiedene Organe, wie die Prostata, die Brüste, den Magen usw., übergreifen. Die Markgeschwülste der Wirbel (Myelome) führen, wie die Bilder zeigten, zuweilen zu ganz fabelhaften Verkrümmungen des Skeletts, zum Beispiel zu einer geradezu S-förmigen Verbiegung des Brustbeines. Vortragender schließt mit der Aufforderung zu einer systematischen Untersuchung der Wirbelsäule mit Röntgenstrahlen.

Lebhaftes Aufsehen erregte die folgende Vorführung farbiger Photographien nach dem Lumièreschen Verfahren durch Albers-Schönberg, Hamburg. Gezeigt wurden Fälle von einem Karzinom des Auges, einem Kankroid an der Wange, von Hauttuberkulose und Psoriasis, sowie ihre Beeinflussung durch die Röntgenbehandlung. Die Bilder beweisen die glänzenden Leistungen, zu denen die Photographie in natürlichen Farben gerade in der Medizin berufen ist.

Gottschalk, Stuttgart, veranschaulicht ein von ihm gefundenes neues Verfahren zur Herstellung plastischer Röntgenbilder, bei denen die Knochen dunkel und die Weichteile hell erscheinen und nicht umgekehrt, wie bei dem Alexanderschen Verfahren. Eine Reihe von Bildern illustrierte den diagnostischen Wert des Verfahrens durch Aufnahmen von Gehirngeschwülsten. In einem Fall konnte die Diagnose auf einen Gehirntumor bestätigt, in einem anderen, wo bereits infolge des Irrtums eine ganz überflüssige Trepanation vorgenommen war, berichtigt werden. Die Bilder sind so scharf, daß an einem sogar die Verstockung eines Backzahnes deutlich zu erkennen war.

Winkler, München, führt einen neuen Unterbrecher für das Röntgeninstrumentarium vor, das den Namen Hesychos erhalten hat, sowohl für Gleich- wie für Wechselströme (ohne Transformator) benutzbar ist und eine Reihe von Vorzügen darbietet.

Der Vorsitzende schließt die Versammlung mit der Mitteilung, daß die Zahl der Mitglieder der Deutschen Röntgengesellschaft sich während des Kongresses vermehrt habe und



nunmehr auf 438 angewachsen sei. Die Tagung wurde von 315 Teilnehmern besucht. Die damit verbundene Ausstellung von Röntgenröhren ist von ihren Besitzern größtenteils dem Museum der Gesellschaft überwiesen worden, das nun hoffentlich bald auch einen würdigen Platz finden wird, um die großartige Entwicklung der Röntgenologie weiteren Kreisen veranschaulichen zu können.

---

14. Internationaler Kongreß für Hygiene und Demographie.

(Schluß.)

Bei der deletären Wirkung des Rauschbrandbazillus spielt das sezernierende Gift eine nebensächliche Rolle. Für die Annahme, daß beim Absterben der Stäbchen besondere Gifte frei werden, spricht nichts. Was aber den vorerwähnten vitalen Vorgang betrifft, zu dessen Annahme uns die nähere Verfolgung der paradoxen Erscheinung veranlaßt, so stellen wir uns die Sache etwa folgendermaßen vor.

Es scheint uns wahrscheinlich, daß im Zelleibe der lebenden, hochvirulenten, originären Rauschbrandbazillen ein besonders beschaffener Plasmaanteil vorhanden ist, dem die Befähigung zukommt, bestimmte lebenswichtige Stoffe unbekannter Art aus den Geweben oder den Säften aufzunehmen und rasch zu zerstören. Dieser Teil des Zelleibes würde, etwa ähnlich wie die Hefezellen den Zucker, die (vorausgesetzten) lebenswichtigen, nur in beschränkter Menge vorhandenen und schwer ersetzbaren Stoffe beständig an sich reißen und so den Wirt im Sinne eines echten Schmarotzers plündern. Das Toxin dürfte nun in irgend einer genetischen Beziehung zu der sogenannten plasmatischen Gruppe stehen, etwa derart, daß es sich an ihrem Aufbau beteiligt und nur gelegentlich bei ihrem Zerfalle oder bei einer bestimmten biochemischen Umsetzung frei und ausgeschieden wird.

Biologisch betrachtet, scheint Graßberger und Schattenfroh diese Hypothese eines vital wirksamen endotoxischen Plasmakomplexes keineswegs kühner als die bisherige Annahme eines nur für postmortale Verwendung bestimmten Endotoxins. Daß aber die Wirksamkeit einer solchen im Systeme der lebenden Zelle eingefügten Molekülgruppe vielfach größer sein kann als jene der nur unter besonderen Umständen von den lebenden oder toten Zellen ausgeschiedenen giftigen Moleküle, liegt auf der Hand. Wir brauchen nur an den ungeheueren Unterschied der Wirksamkeit zwischen Hefe und Zymase zu denken. Unsere Hypothese läßt also die Bedeutung der Vitalität der Erreger nicht auf die Absonderung von Angriff- oder Abwehrstoffen beschränkt erscheinen, sondern sie schreibt ihr eine besondere Wirksamkeit für den Ablauf eines exquisit parasitären Vorganges zu. Jede Steigerung der Vitalität, wie sie etwa mit der Anzüchtung hoher Virulenz verbunden ist, würde nicht so sehr durch die Vermehrung der Sekretionsprodukte als durch die Verstärkung der Funktion des oben genannten Plasmateiles wirken. Nach unserer Vorstellung wären die virulentesten Parasiten jene, die kraft ihrer Anpassung die größte vitale Energie entfalten. Die Absonderung von Giften wäre bei den echten Parasiten gewissermaßen als Nebenerscheinung aufzufassen, die freilich oft eintritt und unabhängig von der Vitalität des Erregers den Wirt unter Umständen schwer schädigt. Alle Antikörper, die die Vitalität des Parasiten durch Veränderung der Zellstruktur herabsetzen — sie brauchen die Bakterien nicht zu töten, nicht zu lösen —, würden unter Umständen, wenn sie den „Raubapparat" schädigen, gegenüber dem Erreger einen gewissen Schutz verleihen können.

Mit dieser Hypothese stünde die beobachtete paradoxe Erscheinung im Einklange. Während das freie Toxin durch das antitoxische Serum unwirksam gemacht wird, wirkt dasselbe antitoxische Serum auf den in den lebenden vollvirulenten Stäbchen eingeschlossenen „Raubapparat" nicht ein. Abnahme der Virulenz, resp. Umschlagen der Virulenz in Giftbildung, Schädigung der Vitalität können den Infektionsprozeß der Wirkung des antitoxischen Serums zugänglich machen.

Im übrigen aber scheint uns die Bedeutung der paradoxen Erscheinung besonders in folgendem zu liegen: Die Versuche lehren, wie außerordentlich leicht durch ein Abweichen von den natürlichen Versuchsbedingungen (Kulturbakterien!) Serumerfolge vorgetäuscht werden können. Wie viel schwieriger ist die Beurteilung der Laboratoriumsergebnisse erst dann, wenn die natürliche Infektion bei den Versuchstieren nicht nachgeahmt werden kann.

Graßberger und Schattenfroh glauben, daß der von ihnen beschriebene Fall eines Bakteriums, das je nach Züchtung bald mehr die Eigenschaften der Virulenz, bald mehr jene der Toxizität entfaltet, keineswegs isoliert steht. Es sprechen viele Erscheinungen dafür, daß bei manchen Infektionskrankheiten die natürlichen Rassen sich bald mehr dem einen, bald mehr dem anderen Extrem nähern. Warum sollen bei diesen Bakterien nicht ähnliche Differenzen in dem Verhalten gegen antitoxische, bzw. antiinfektiöse Sera vorkommen? Man gehe den Mißerfolgen der Serumprophylaxe nach und prüfe, ob der von uns genauer verfolgte Weg nicht wert ist, auch beim Studium anderer Bakterien gewissenhaft verfolgt zu werden.

Steht aber unsere paradoxe Erscheinung nicht isoliert da, dann ist es sehr fraglich, ob jeweils gerade die von sehr toxischen Kulturen hergestellten Sera einen besonderen prophylaktischen oder therapeutischen Effekt versprechen. Variieren etwa dem Genius epidemicus entsprechend die natürlich fortgezüchteten Erreger einer bestimmten Infektionskrankheit bald nach der toxischen, bald nach der virulenten Seite, dann mögen auch Sera, die durch lange Zeit sich glänzend bewährten, gelegentlich versagen. Man wird sich in Hinkunft darüber klar sein müssen, daß praktische Erfolge bei der Verwendung von antitoxischen Seris nicht nur auf der Stärke des Serums sondern auch auf der Beeinflußbarkeit der Bakterien beruhen.

Nachdem am Samstag sämtliche Sektionen ihre Arbeiten beendet hatten, trat im großen Sitzungssaale des Reichstages der Kongreß unter Vorsitz des Prinzen von Schönaich-Carolath zu seiner letzten Sitzung zusammen.

Der Generalsekretär Prof. Dr. Nietner, Berlin, erstattete Bericht über die Beschlüsse der Sektionen und erbat die Genehmigung des Kongresses zu diesen Beschlüssen, denen die permanente internationale Kommission ihre Zustimmung erteilt hat. Die Beschlüsse der ersten Sektion sind von uns bereits mitgeteilt worden. Ohne Debatte erklärte sich der Kongreß mit ihnen einverstanden. Die zweite Sektion hat sich u. a. für Maßnahmen zur wissenschaftlichen Erforschung der Diätetik ausgesprochen. In der dritten Sektion wurde verlangt, daß zwecks Maßnahmen für einen Säuglingsschutz einheitliche Organisationen geschaffen werden, und daß besonders Gemeindebehörden alle darauf hinzielenden Einrichtungen zentralisieren müßten. Weiter wird für geistig abnorme Kinder die Errichtung besonderer Heilerziehungsanstalten verlangt. Der Staat habe die Pflicht, für die Aufbringung der notwendigen Mittel Sorge zu tragen.

In der vierten Sektion verlangt eine Resolution, daß der Kongreß sich für eine erfolgreiche Bekämpfung der Gesundheitsschädigungen in Gewerbetrieben ausspreche. Es sei notwendig, daß zur Gewerbeinspektion Ärzte hinzugezogen würden. Ärztliche und technische Gewerbeinspektoren müßten sich gegenseitig ergänzen. — Die fünfte Sektion spricht den Wunsch aus, daß alle von Häfen ausgehenden Schiffe zum Schutze gegen die Pestgefahr soweit wie möglich von Ratten befreit werden mögen. — In der Sektion 6a sprach man sich für eine Bodenreform und weitschauende Bodenpolitik der Kommunen aus, um der Beschaffung billiger und gesunder Wohnungen die Wege zu ebnen. Weiter wird eine ständige technische Überwachung der Wasserläufe verlangt. Es müsse auch eine internationle Verständigung angebahnt werden für einheitliche Methoden zur Untersuchung und Überwachung der Wasserläufe. — In einer weiteren Resolution wird der Wunsch ausgedrückt, daß mehr als bisher eine Untersuchung über die Einwirkung des Rußes und Rauches in den größeren



Städten auf die Gesundheit der Menschen, das Wachstum der Pflanzen und auf die Kunstdenkmäler veranstaltet werde. Zum Zwecke der Reinhaltung der Atmosphäre wird den Gemeinden empfohlen, für eine Verbilligung des Gases und des elektrischen Stromes Sorge zu tragen. Die öffentlichen Verwaltungen sollten fortdauernd Luftuntersuchungen auf den öffentlichen Plätzen und in den Wohnungen vornehmen lassen. Geh. Kommerzienrat Holtz beantragt, die Untersuchungen auch auf die Gesundheitsschädigung und Luftverunreinigung durch Benzindampf auszudehnen. (Lebh. Bravo!) Der Kongreß erklärte sich ebenso, wie er den bisherigen Anträgen seine Zustimmung gegeben hatte, auch mit diesem Zusatz einverstanden.

Von der siebenten Sektion wird mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Tropenhygiene und Tropenmedizin eine besondere Sektion für diesen Gegenstand bei den künftigen internationalen Kongressen gewünscht. Allen Regierungen, in deren Gebieten die Malaria vorkommt, wird zur Pflicht gemacht, energischer als bisher die Malariabekämpfung in Angriff zu nehmen. Zu diesem Zwecke sollen die Chininpräparate in Staatsbetrieben hergestellt und so billig wie möglich, wenn nicht umsonst, abgegeben werden. In den tropischen Malariagebieten sollen Ärzte den Abwehrkampf leiten. Mehr als bisher soll eine Zentralisation des ärztlichen Dienstes in den Kolonien durchgeführt und den Kolonialärzten ein größerer Einfluß auf die Verwaltung eingeräumt werden. Die Schaffung von Instituten für Tropenhygiene in den größeren Kolonien müsse von den Regierungen ins Auge gefaßt werden. — Die achte Sektion hat eine Reihe Wünsche auf statistischem Gebiete, namentlich in bezug auf die Herstellung von Morbilitätstabellen. Eine Ausgestaltung der Unfallstatistik in den einzelnen Staaten sei sehr wünschenswert, und die dahinzielenden Bestrebungen des Internationalen statistischen Instituts und des Internationalen Versicherungskongresses seien zu begrüßen. Zwischen den Staaten müßte eine Verständigung über eine einheitliche Bearbeitung des statistischen Materials herbeigeführt werden. Dringend geboten sei eine ständige Statistik aller Häuser in bezug auf die Tuberkulose, und in allen größeren Städten seien fortlaufende Untersuchungen einzuleiten, um den Einfluß der Wohnungen auf die Verbreitung der Tuberkulose festzustellen. Eine großzügige Wohnungsaufsicht sei eine der Hauptgrundlagen für eine wirksame Bekämpfung der Tuberkulose und für die Durchführung aller hygienischen Maßnahmen. Die sämtlichen Beschlüsse wurden vom Kongreß ohne Widerspruch genehmigt.

Die viere Sektion hatte noch einen Beschluß gefaßt, der zur Frage der Ermüdung durch Berufsarbeit die Einleitung einer Kontrolle durch wissenschaftliche Untersuchungen wünscht. Außerdem hatte die Sektion eine Resolution Lassar, Berlin, angenommen, die als eine Kulturaufgabe die Hebung und Förderung der Volksbäder bezeichnet. Es wird empfohlen, die offenen Bäder in Flüssen und Seen durch einen Schwimmunterricht auszugestalten. Die Schulbäder müßten als ein notwendiger Bestandteil aller Schulen und auch der Seminare betrachtet werden. Das Dorfbad, von dem erst einzelne Anfänge vorhanden sind, müßte zu einer allgemein öffentlichen Institution gemacht werden. Auch Soldatenbäder, sowohl für Mannschaften wie für Offiziere, seien zu fordern. Alle größeren Fabriken und Betriebe müßten eigene Arbeiterbäder haben. Den Krankenkassen und Versicherungsanstalten müsse gestattet sein, aus prophylaktischen Gründen Mittel zur Beschaffung von Bädern zu bewilligen.

Durch ein Versehen waren die Beschlüsse der vierten Sektion nicht an das internationale permanente Bureau gelangt. Da sich gegen die Annahme im Plenum unter Hinweis auf die Geschäftsordnung des Kongresses Widerspruch erhob, mußte von einer Genehmigung der Beschlüsse durch das Plenum Abstand genommen werden. Der vierten Sektion wurde aber empfohlen, ihre Beschlüsse dem internationalen Kongreß zu unterbreiten.

Darauf teilte Prinz Schönaich-Carolath mit, daß die internationale Kommission zum Präsidenten Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Rubner, Berlin, zum Vizepräsidenten Prof. Roux, Paris, gewählt habe. Dem Komitee der internationalen permanenten Kommission gehören aus Deutschland ferner an als Vertreter der Hygiene Prof. Löffler, Greifswald, und als Vertreter der Demographie Unterstaatssekretär a. D. Prof. von Mayr, München, und Präsident van den Borght, ferner Prinz Schönaich-Carolath und der Generalsekretär des Berliner Kongresses Prof. Dr. Nietner, Berlin.

Dr. Harrington überbringt die Einladung des Präsidenten Roosevelt und des Senats der Vereinigten Staaten, den 15. Internationalen Kongreß 1910 in Washington abzuhalten. — Gemäß dem Antrage der permanenten Kommission gibt der Kongreß dieser Einladung seine Zustimmung.

Damit war die Tagung des Kongresses beendet. Es folgt eine Reihe Schluß- und Dankesreden. Prof. Mosny, Paris, sprach namens der französischen Delegation dem Komitee Dank aus für den glänzenden Empfang. Der Aufenthalt in der unvergleichlich schönen Reichshauptstadt werde ihm unvergeßlich sein. (Lebhafter Beifall.) — In gleicher Weise äußert sich Prof. Celli, Rom, in deutscher Sprache. Sie seien hier förmlich mit Freundlichkeit überschüttet worden und schieden mit herzlichem Dank für die vielen Anregungen, die sie auf dem Kongreß und in Deutschland empfangen hätten. (Beifall.) Ebenfalls in deutscher Sprache dankt der Vertreter Japans, Huishi, Tokio. Japan habe durch seine zahlreiche Beteiligung bewiesen, welches Interesse es an den Bestrebungen des Kongresses nehme. Die Teilnehmer hätten eine Fülle Anregungen erhalten und würden in ihrer Heimat bestrebt sein, diese in die Wirklichkeit umzusetzen. Weitere Ansprachen hielten Prof. Hueppe, Prag, für Österreich, Hupyra für Ungarn, Prof. Berthenson für Rußland, Isan Bey für die Türkei, Petrini für Rumänien, Knocker für Siam, Prof. Agramonte für Kuba, Prof. Ehlers für Dänemark, Rales für Großbritannien und ein Vertreter von Kolumbien. Prinz Schönaich-Carolath schließt darauf den Kongreß mit dem Wunsche, daß die Verhandlungen reiche Erfolge zum Wohle der ganzen Menschheit zeitigen werden.

II. Literaturauszüge.

Das dynamisch-mechanische Prinzip in der Perityphlitisfrage. Von Eugen Holländer.

Die eigenen Operationsbefunde wurden regelmäßig von dem Standpunkte einer etwa vorhandenen mechanischen Indisposition aus betrachtet. Es ist dabei besonders bemerkenswert, daß die Wandlung in der Bewertung dieser mechanischen Verhältnisse in umgekehrter Richtung verlief wie bei der Mehrzahl der Chirurgen; ihre Einschätzung stieg in dem Maße bei mir, wie die rein infektiöse Auffassung als seltenere Veranlassung fiel.

Der grundlegende Ausgangspunkt einer Appendizitisforschung muß unter allen Umständen die Vorstellung sein, daß wir es mit einem verkümmerten, in Rückbildung begriffenen Organ zu tun haben. Diese Rückbildung ist bei Menschen erheblichen Schwankungen unterworfen. Es kommen minutiöse und kümmerliche Wurmfortsätze, unscheinbare gekrümmte und gedrehte Anhängsel vor und langgestreckte mit breitem Mesenterialansatz.

Den seltenen Befund eines Wurmes, der die breite, allmählich sich konisch verjüngende Fortsetzung des Blinddarms vorstellte mit gleichzeitigem Übergang einer scharf markierten Tänie auf den ungewöhnlich langen und breiten Prozessus, erhob H. in einem Falle, bei dem ein Colon mobile den Tod der Trägerin dieses Zustandes durch unvollständigen Volvulus herbeigeführt hatte. Es ist einleuchtend, daß dieser in solcher Vollkommenheit seltene, in geringerem Grade häufig vorkommende atavistische Zustand in demselben Maße durch die Weite des Darmlumens die Entstehung einer Stenose erschwert, wie sie der Verkümmerungszustand begünstigt. Bei diesen noch gut ausgebildeten Fortsätzen finden wir auch regelmäßig flüssigen Dünndarminhalt in seinem Innern, den er in etwas eingedickter Form durch seine Eigenperistaltik



wieder abgibt. Den Mechanismus der Sichelklappe an der Mündungsstelle des Wurmfortsatzes in das Zökum wird man sich in der Weise vorstellen müssen, daß bei der Ileumperistaltik, also Dünndarmeintritt in den Blindsack, die Klappe offen steht, bei der folgenden Blinddarmkontraktion sich aber schließt. Die Appendixperistaltik selbst muß dabei synchron und gleich richtig mit der Blinddarmbewegung verlaufen; der Nachlaß derselben aspiriert demnach den dünnflüssigen Darminhalt in den Wurm. Seine Eigenperistaltik entleert ihn wieder. Die Klappe verhindert den Koteintritt bei der Blinddarmkontraktion. Der verkümmerte und stenosierte Wurm kann diese Funktion nicht mehr mitmachen. Es treten Tenesmen auf und die Reste früherer Funktionsleistungen erlöschen. Die Anwesenheit von Fäkalien im Wurmfortsatz wird oft beim Fehlen anderer pathologischer Befunde als Operationsergebnis aufgeführt, selbst wenn diese nur etwas tonartig eingedickt sind; ein solches Resultat mag ja den Patienten befriedigen, sollte aber den Operateur veranlassen, den Fall in die Reihe der unmotiviert operierten Fälle epikritisch aufzunehmen.

H's. Ansicht nach ist es einer der folgenschwersten Irrtümer, wenn man die verschiedenartigsten Erkrankungsformen, denen dieser Darmabschnitt ausgesetzt ist, und die sich schließlich alle zu der sogenannten akuten Blinddarmentzündung steigern können, unter einen Gesichtspunkt bringen und von einem Gesichtspunkte aus behandeln will. Neben der ganzen Pathologie des Darmtraktus der verschiedenen gutartigen und bösartigen Erkrankungsformen wird gerade durch die mechanische Sonderstellung des Organs diese Summe noch durch ihm eigentümliche Krankheitsformen vermehrt. Will man aber unter Außerachtlassung der selteneren Befunde in diese ungewöhnlich polyforme Pathologie ein Schema hineinbringen, so muß man es von folgendem Gesichtspunkte aus tun:

Befunde bei Appendizitis.

I. Akuter Anfall bei gesundem Organ.
 a) Infektiös metastatische Ursache;
 b) Miterkrankung bei allgemeiner Darmaffektion;
 c) Fremdkörperentzündung (inkl. Parasiten).

II. Akuter Anfall in verändertem chronisch kranken Organ.
 a) Infektiös metastatische Form;
 b) Miterkrankung bei allgemeiner Darmaffektion;
 c) Stenosenwirkung mit Retention von
  α) flüssigen Bestandteilen;
  β) Koprolithen.

III. Chronischer Verlauf.
 a) Stenosen und Atresien ohne flüssige Retention;
 Stenosen und Atresien mit flüssiger Retention;
 b) Stenose mit Koprolithen;
 c) chronische atrophierende oder hypertrophierende Schleimhautdestruktion.

Die reinste, wenn auch H's. Schätzung nach im Gegensatz zur Anschauung z. B. L. Aschoffs u. a. seltenste Form, ist die rein infektiös metastatische. Nach oft vorausgehender fieberhafter anderweitiger Affektion setzt die Erkrankung meist unter stürmischen Erscheinungen ein. Das Krankheitsgefühl nimmt schnell zu; unter fehlender Beteiligung des übrigen Darms finden wir eine begrenzte Phlegmone des Wurmfortsatzes und seines Mesenteriums, mit Neigung bzw. bereits ausgesprochener Gangrän. In den reinen Fällen dieser Art werden sonstige ältere Veränderungen vermißt. Das der Angina ähnliche histologische Bild hat auch bei weniger ausgesprochenen Formen zu der Heranziehung der anginösen Ursache geführt. Eine rechtzeitige Operation rettet das schwer bedrohte Leben. Es ist dabei die bakterielle Noxe so verschieden wie die Art ihrer Lokalisation, sei es, daß es sich um Verstopfung der Hauptarterie handelt oder um metastatische Follikulitis. Die Diagnose im Frühstadium, d. h. zk. 36 Stunden nach der Erkrankung, ist nicht mit Sicherheit zu stellen, und die Chirurgen zu der radikalen Stellung der Frühoperation auf alle Fälle veranlaßt. Im Gegensatz zu der jetzt meist vertretenen Ansicht schätze ich diese Blutinfektionsform sowohl in dem primär gesunden als auch chronisch kranken Organ auf nicht 10% der in akutem Stadium operierten Fälle.

Die große Masse der Anfälle stellt m. E. die Gruppe von Miterkrankungen des übrigen Darms dar, und zwar in der rezidivierenden Unterart. Es ist selbstverständlich, daß alle Indigestionen, Katarrhe leichter und schwerer Kategorie, infektiöser und nicht spezifischer Art, den Appendix mitergreifen. Verlaufen aber diese in dem weiten Darmrohr relativ symptomlos, so führen die Schwellungen infiltrierender und kongestiver Art zu schmerzhaften Koliken und Sekretverhaltungen in dem Anhängsel. Schon die einfache katarrhalische Schleimhautschwellung an der Mündung kann die Symptome der Stenose hervorrufen. Die Operation dieser Fälle zeigt das so oft gesehene Bild der diffusen Schleimhautschwellung mit follikulärer Hyperplasie und schleimigeitrigen, manchmal auch unabhängig von der Abbindung hämorrhagischen Inhalt und hämorrhagisch submuköser Entzündung.

Verläuft die Operation dieses auch zunächst spontan und am ehesten durch Laxantien heilenden Zustandes normal, so ist der Nutzen einwandfrei in prophylaktischer Beziehung. Ein jedoch bei einer Serie Operierter vorkommender Todesfall ist nicht in eine parallele Beziehung zu setzen mit Todesfällen bei interner Behandlung der infektiösen Form. Denn letztere Form führt unoperiert leicht zum Tode, erstere inoperiert niemals.

Die dritte Art der akuten Entzündung kann auf der Basis wirklicher Fremdkörper entstehen. Diese Fremdkörperentzündung ist prinzipiell zu trennen von den später zu behandelnden Symptomenkomplexen der Koprolithen. So operierte ich kürzlich einen Fall mit allen Erscheinungen eines akuten Anfalls. Der aufgeschnittene Wurm zeigt bei sonst ganz intakter Mukosa einen in der Mitte liegenden hämorrhagisch ulzerierten Herd. Als Ursache hiefür steckte eine kleine Vogelfeder und die Hornlamelle einer andern größeren in der Wunde. Häufigere Publikationen ähnlicher Befunde von wirklichen Fremdkörpern hat diese Entstehungsart mehr in den Vordergrund gerückt, als es ihr in dem so vielgestaltigen Bilde zukommt. Eine Mittelrolle zwischen mechanischer Reizung und Infektion scheint nach neueren Untersuchungen den Oxyuriswürmern zuzukommen. Bei zwei jungen Damen fand ich bei ausgesprochenen Symptomen massenhafte Oxyuriswürmer, welche — wie ja auch das mikroskopische Bild zeigt — die Integrität der Mukosa erheblich lädieren und so pathogenen Keimen Pionierdienste tun können.

Neben diesen angeführten Erkrankungsgelegenheiten beherrscht die Pathologie der Appendizitis die Stenose.

Die gutartige Darmstenose überhaupt, gleichviel auf welcher Basis, gleichviel an welchem Orte des Darmtraktus, birgt als mechanisches Hindernis stets eine große Gefahr für den Träger; das gilt auch für die Atresien im Appendix, und je seltener sie im übrigen Darm vorkommen, desto häufiger in diesem rudimentären Organ. Alle besprochenen Erkrankungen und vorhandenen überhaupt können sie im Gefolge haben. Alle Stufen und Grade der Striktur werden beobachtet, von muköser Synechie bis zur schwartigen vollständigen Obliteration. Diese Tatsache ist zu bekannt, um länger bei dem Gegenstande zu bleiben. Auch ihre Genese ist oft genug erörtert. Jeder Darmkatarrh kann schon zu oberflächlicher und tieferer Läsion der Schleimhaut führen; die in diesem Teile so leicht auftretenden submukösen Hämorrhagien können Abstoßungen größerer Schleimhautfetzen bewerkstelligen und partielle oder totale oder multiple Ulzerationen und Abknickungen und Vernarbungen machen.

Die Stenose braucht keine vollkommene zu sein, sie kann Flüssigkeit durchlassen und die festen Bestandteile wie ein Filter auffangen, sie kann aber auch vollkommen sein und retograd Flüssigkeitsansammlungen und Empyeme hervorrufen, sie kann auch den höchsten Grad dadurch erreichen, daß der geschwürige Prozeß eine vollkommene Trennung des Wurms in zwei Teile verursacht. Alle diese zur Stenose führenden Zustände können nun die gefährliche Konsequenz nach sich ziehen: „die Perforation“ auf Basis 1. diphtherisch



oder hämorrhagisch eitriger Einschmelzung, 2. durch die Bildung von flüssiger Retention und 3. durch die Bildung von Koprolithen.

Die Steinbildung im Wurm ist ein Zankapfel der Meinungen geworden. Während man ihm früher zunächst eine größere Bedeutung vindizierte, ist er jetzt in der Meinung der meisten zu einem harmlosen und nebensächlichen Bestandteil geworden, wie die Infektionstheorie der mechanischen Bewertung den Wind aus den Segeln genommen hat.

Über die Bildung der Kotsteine sind wir genügend orientiert. Die Vorbedingung seiner Entstehung ist die Stenose, sei es eine virtuelle oder eine Lichtungsbehinderung durch Abknickung des Wurms. Bakterien und Kotbestandteile lassen ihn durch Apposition wachsen. Daraus erhellt schon, daß die Stenose keine komplette sein darf, sondern nur eine relative, sonst wäre Eindickung und Weiterwachsen ausgeschlossen. Von einem Kotstein darf man erst reden, wenn sein Wasserverlust so groß geworden, daß er den Toncharakter verloren hat, daß er petrifiziert ist und bei Messerberührung knirscht.

Die Peristaltik formt und knetet den Ton und bringt Haare, Bakterien und kleinste, zufällig anwesende Fremdpartikelchen notwendig als spezifisch schwerer in das Zentrum. Es ist also nicht richtig, davon zu sprechen, daß um den Fremdkörper herum sich der Stein gebildet habe. Der kausale Grund für den Koprolith ist die Stenose, nicht der Fremdkörper. Erst von dem Moment an, wo ein solcher Kotballen wirklich steinartig und unmodellierbar geworden, wirkt er als Fremdkörper, bis dahin, solange er noch tonartig ist, sieht ihn der Darm noch als adäquaten Inhalt an. Ist er aber petrifiziert, wenn auch nur zum Teile, so birgt der vorher harmlose Inhalt eine schwere Gefahr, und das Organ ist dauernd bestrebt, ihn à tout prix los zu werden. Dieser Preis kostet nur zu oft das Leben. A. Aschoff hat in seiner die Bedeutung der Kotsteine in der Ätiologie der Epityphlitis negierenden Arbeit sish auf einen Vergleich mit den Gallensteinen eingelassen. So unrichtig wie diese Parallele, so unrichtig halte ich die folgernden Schlüsse. Gallenblase und Appendix vertragen keinen Vergleich in mechanisch-dynamischer Hinsicht, wohl aber Gallen- und Wasserblase, beides Rezeptakula mit intermittierendem flüssigen Inhalt mit ähnlichem Entleerungsmechanismus und Zufluß; beide auch mit ähnlichem Verhalten dem Stein gegenüber. Nach substantiellem Werte, Innervation und Muskeltätigkeit liegt der Vergleich mit dem Verhalten der anderer Darmabschnitte näher, und die Reaktion des übrigen Darmtraktus Fremdkörpern gegenüber erlaubt zuverlässigere Rückschlüsse auf die Rolle der Kotsteine im Wurm. Der gegebene Vergleich und die beste Beobachtungsbasis bietet der sogenannte Gallensteinileus. Dieser wird keineswegs hervorgerufen durch eine Verlegung des Darmlumens durch den Stein in rein mechanischem Sinne. Die Dynamik des Darms spielt hier die größere Rolle. Meist sind die den Ileus hervorrufenden Gallensteine viel kleiner als das Darmlumen, sie könnten bequem den Darm passieren und sind post mortem leicht verschieblich. Sie üben aber als harte unzerkaute Fremdkörper auf den nervösen Apparat des Darmes einen Reiz aus. Der ungewohnte, harte Bissen löst eine Dysperistaltik aus, es entsteht ein Krampf, und mit dieser perversen Kontraktion treibt die Muskulatur den Stein in das eigene Fleisch und es entsteht ein blutiger Defekt, manchmal durch Mukosa und Muskularis. Dauert der Krampf lange, so kann durch den Preßdruck und die Ischämie die Perforation einsetzen. Meist hält aber der Peritonealüberzug so lange stand, bis eine lokale Darmlähmung den Krampf ablöst, der Stein eine Strecke weiter geht, um von neuem den Reiz auszuüben, der an der folgenden Stelle vielleicht bis zur Perforation führt. Wer einmal einen solchen Fall seziert hat und das Mißverhältnis zwischen dem Stein und dem durchlöcherten Darm und damit die Wirkung der Darmmuskulatur studieren konnte, der wird zunächst in solchem Falle Opium geben und auch bei der Perityphlitisattacke, an eine eventuelle Wirkung in diesem Sinne denkend, Opiate darreichen. Es handelt sich nicht, wie meist angenommen wird, um einfache Dekubitalgeschwüre, sondern um ischämische oder hämorrhagische Gewebszertrümmerung infolge aktiver Muskelwirkung.

Ziehen wir aus den Erfahrungen und Auffassungen ärztliche, das sind therapeutische Schlüsse, so scheint alles Heil in der Prophylaxe zu liegen: Sorgfältige Regulierung der Darmtätigkeit. Radikalen Erfolg werden wir zwar auch dann nicht haben, weil eben das in Rede stehende Gebilde verkümmert und unsere Darmtätigkeit im Laufe der menschlichen Entwicklung eine abnorme gewesen ist. Ist doch der Mensch die einzige Tierspezies, die sich bei der Defäkation beschmutzt.

H. gelangt zu dem Schlusse, der operativen Entfernung des gefährlich gewordenen Appendix das Wort zu reden, wenn er Krankheitssymptome zeigt, in der wohlüberlegten Voraussetzung, relativ häufig die Operation in mehr prophylaktischem Sinne zu machen. Die schweren Anfälle, sei es, daß es echte metastatische Infektionen sind oder auf endotraumatischem Wege entstanden, verlangen die Frühoperation, weil auch im Heilungsfalle ein verstümmelter Wurm mit mechanischer Indisposition zurückbleibt als Quelle erneuter akuter Anfälle, als Quelle ferner auch dauernder, unbequemer Sensationen und funktioneller Störungen, die durch die gesteigerte und perverse Dynamik des Wurmes zum Teil bedingt sind.

Die infektiöse Theorieform, welche das Publikum unnütz erregt und prophylaktische Fürsorge illusorisch macht, spielt in der metastatischen Blutform eine prozentuarisch bescheidene Rolle.

Die mechanische Indisposition, hervorgerufen durch leichtere und schwerere, akute, chronische Vorkrankheiten am Organ, statuiert Zustände irreparabler Natur (Kotsteine), die chronische Beschwerden hervorrufen können und als prädisponierendes Moment für erneute akute Attacken das Krankheitsbild beherrschen. (Berl. Klin. Wochensch. Nr. 5.)

*

Die Leitung der Geburt beim platten Becken. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Martin, Berlin.

Wir hatten es mit der Geburt einer Pluripara zu tun, bei welcher ein ziemlich hochgradig rachitisch-plattes Becken ein ernstes Geburtshindernis abgab. In geduldiger Leitung der Geburt ist es uns gelungen, trotz anfänglich unregelmäßiger Einstellung des großen Kindes die Frau spontan niederkommen zu lassen.

Während der langen Stunden unserer gemeinsamen Beobachtung des Geburtsverlaufs las Martin die bange Frage: Wie lange soll man noch warten, ehe man eingreift? Wird die Frau ihr Kind selbst gebären können? Das ist die große Frage, welche uns in der Praxis so oft begegnet. Sie suchen Rat in Ihren Lehrbüchern, Sie werden am Kreißbett oft genug von bangen Zweifeln geplagt, die Umgebung drängt, auch die Hebamme macht immer wieder Andeutungen über die Notwendigkeit, der Frau zu helfen. Leider kann Ihnen niemand ein Schema an die Hand geben, aus welchem Sie in solchen Fällen die Antwort klipp und klar abzulesen in der Lage wären. Wir können Ihnen nur Anhaltspunkte geben, die Ihrem Urteil im Einzelfalle als bestimmte Unterlage dienen.

Suchen Sie in erster Linie eine möglichst exakte Diagnose des gegebenen Geburtsfalles zu gewinnen. Nur zu oft macht sich der eiligst hinzugerufene Geburtshelfer an die Entbindung lediglich auf Grund der Angaben der Hebamme, welche im besten Fall erkannt hat, daß das Becken die Ursache der Geburtserschwerung ist.

Ihre Diagnose darf sich nicht auf die Lage des Kindes und seine Herztöne beschränken. Das Allgemeinbefinden der Frau bedarf einer ernsten Beobachtung, ebenso wie die durch ruhige Tastung festzustellende Beschaffenheit des Fruchthalters. Achten Sie auf die Lage, Form; achten Sie darauf, ob Sie oberhalb des Beckeneinganges die ominöse Wulstung quer um den vorliegenden Fruchtteil fühlen können, welche die Retraktion des Korpus über den Kopf nach aufwärts an-



deutet. Unterlassen Sie auch bei sehr verzögertem Geburtsverlauf nicht, festzustellen, ob sich etwa Luft im Uterus findet: Also Perkussion!

Dann gilt es, sich über die speziellen Verhältnisse, der sogenannten Geburtswege, Klarheit zu beschaffen: das Verhalten der Weichteile und des Beckens.

Das erstere können Sie durch die Tastung leicht erreichen: Sie stellen fest, ob sich der Muttermund unter Verstreichen der Lippen erweitert hat, ob der Zervikalkanal entfaltet ist. Sie stellen dabei weiter fest die Einstellung der Frucht, ob die Fruchtblase gesprungen ist, auch die Weite und Dehnbarkeit der Scheide.

Bei dieser Untersuchung werden Sie sofort auch die Größe des Kopfes, die Verschieblichkeit der Kopfknochen in Nähten und Fontanellen, den Verlauf der Pfeilnaht finden. Martin pflegt dabei stets zu versuchen, mit der außen aufliegenden Hand, unter Kontrolle der eingeführten, den Kopf in den Beckeneingang hineinzuschieben.

Die weitaus schwierigere Aufgabe ist die spezielle Diagnose des Beckens. Auch heute noch gilt der Satz, daß, wenn der Kopf schon in den Beckeneingang eingetreten ist, damit eine hinreichende Wegsamkeit des Beckens für diesen Kopf dokumentiert ist. Aber auch dann noch ist es ratsam, die untersuchenden Finger an der vorderen Fläche des Kreuzbeins entlang gleiten zu lassen, Promontorium, Vorderfläche des Kreuzbeins und Steißbein zu beachten, auch die Querspannung des Beckenausganges.

Steht der Kopf noch in oder über dem Beckeneingang, dann muß das Promontorium sorgfältig abgetastet werden. Springt es scharfkantig vor, so unterlassen Sie nie, auf die Verbindung der einzelnen Kreuzbeinwirbelkörper (falsche Promontorien) zu achten. Suchen Sie die Gestaltung der Vorderfläche des ganzen Kreuzbeins und die Abknickung seines unteren Endes, während die auf die Hinterfläche des Kreuzbeins aufgelegte Hand dann leicht den entsprechenden Gibbus konstatiert. In solchen Fällen ist eine Tastung auch der seitlichen Hälften des Beckeneinganges geboten. Sie werden dabei deren Geräumigkeit oder Engigkeit feststellen. Man hat in der letzten Zeit den Wert der sogenannten „äußeren Beckenmessung" sehr niedrig eingeschätzt. Ich gebe zu, daß die streng wissenschaftliche Feststellung vielen Zweifeln unterliegt, und doch hat mir die Praxis in solchen Fällen in den Zahlen, wie ich sie Ihnen auch bei unserem Geburtsfall angeführt habe, stets eine vollkommene Stütze geliefert, um mir ein klares Bild von der Art und Wegsamkeit des Beckens zu gewähren.

Unzweifelhaft hat die Tastung einen sehr großen Wert. Sie wird für die Diagnose der Beckendeformität und die daraus für unser Handeln abzuleitenden Schlüsse wesentlich unterstützt, wenn Sie sich über die Einstellung des kindlichen Kopfes zu orientieren vermögen. Bei dem platten Becken, und unter diesem sind es ja immer die rachitischen, welche die höheren Grade der Geburtserschwerung liefern, verläuft die Pfeilnaht des vorliegenden Kopfes immer quer: in der Regel nahe vor dem Promontorium, seltener hinter der Symphyse. Sie können die bei den Fontanellen über den seitlichen Hälften des Beckeneinganges fühlen. Bei allgemein verengtem Becken tritt das Hinterhaupt frühzeitig in das Becken ein, die kleine Fontanelle rückt in die Leitstelle. Unter dem platten Becken ist die große Mehrzahl nur mäßig verengt. Bei einer annähernd normalen Gebärkraft der Frau sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Kinder in Längslage eingestellt, oder stellen sich nach und nach im Verlauf der Geburt so ein. Läßt man der Gebärenden Zeit, ihre Wehen nach und nach zu normaler Energie zu steigern: die Kinder werden spontan geboren. Die große Mehrzahl dieser Fälle kommt in der Praxis gar nicht zur Kenntnis der Ärzte. Wir sollen daraus uns die Lehre entnehmen, daß wir bei den mäßigen Graden der Beckenverengung (bei plattem Becken) uns des frühzeitigen Eingreifens enthalten, wenn wir solche Geburten von Anfang zu leiten gerufen werden. Nirgends rächt sich Vielgeschäftigkeit und Unkenntnis schwerer als gerade in solchen Fällen!

In der Regel werden Sie gerufen bei den höheren Graden der Verengerung, wenn der kindliche Kopf in den Beckeneingang nicht eingetreten oder gar abgewichen ist, wenn die Wehen sich nicht in rascher Folge entwickeln, oder gar eine Störung im Befinden der Frau Beunruhigung verursacht.

Zur Beurteilung Ihres Handelns müssen Sie bei Ihrem Eintreffen am Kreißbett natürlich das Allgemeinbefinden der Mutter, das Befinden und die Einstellung des Kindes vorweg feststellen. Hiebei lassen Sie sich nicht durch scheinbar berechtigte und gern übertriebene Klagen der Frau leiten. Auch die Beschaffenheit der Wehen müssen Sie selbst feststellen, Sie dürfen sich nicht auf das verlassen, was man Ihnen erzählt! Schwache Wehen sind keineswegs ohne weiteres eine Indikation zum Einschreiten. Erst wenn sie unverkennbar ein Symptom einer wirklichen Erschöpfung werden, will ich sie als solche gelten lassen. Viel häufiger sind die schwachen Wehen nur ein Symptom der langsamen Entwicklung des Anfangsstadiums der Geburt, der ersten Geburtsperiode. Ist die Kreißende ordentlich gereinigt, behaglich gebettet, hat man ihr reichlich Stuhlgang verschafft und die Urinentleerung kontrolliert, dann genügt es oft, weiter entsprechende Nahrung zuzuführen, auch wohl durch ein Narkotikum für eine mehrstündige Ruhe — eventuell Schlaf zu sorgen. Unterscheiden Sie sehr wohl, ob dabei sich die Frau in ihrem Allgemeinbefinden bessert oder ob irgend welche Krankheitsursachen erkennbar werden, welche nachteilig auf das Allgemeinbefinden (und damit auch auf die Geburtsarbeit) einwirken.

Bedeutungsvoll ist des weiteren die Kontrolle der Einstellung des Kindes. Auch wenn das Kind nicht in Längslage liegt, brauchen Sie nicht ohne weiteres einzugreifen, solange nicht in dem Allgemeinbefinden der Frau ernste Befürchtungen begründet sind und etwa bei noch stehender Blase der Muttermund noch unvollkommen erweitert ist. Halten Sie immer im Gedächtnis, daß wir durch äußere Handgriffe und Lagerung der Frau einen sehr entschieden bestimmenden Einfluß auf die Einstellung des Kindes auszuüben imstande sind. Sehr wichtig ist, daß Sie in dieser Zeit die Form des Uterus und auf den schon genannten Retraktionsring acht geben.

Besondere Aufmerksamkeit muß auf die Gestaltung des kindlichen Kopfes gerichtet werden. Alle Versuche, für die Praxis leicht verwendbare Methoden zur exakten Messung des kindlichen Kopfes im Uterus zu finden, haben bis jetzt ein brauchbares Resultat nicht geliefert. Wir sind auch heute noch darauf angewiesen, ebenso wie die Größe des ganzen Fötus — insbesondere die Größe und Härte des Kopfes zwischen unseren Händen abzutasten. Wir können in der Regel auch dabei die Verschieblichkeit der Kopfknochen feststellen und auch wohl den Kopf von außen in den Beckeneingang hineinschieben. Legen sie beide Hände mit den unten gerichteten Fingerspitzen dicht unter den kindlichen Rumpf auf das Köpfchen und üben in der Wehenpause einen kräftigen Druck in der Richtung nach dem Beckeneingang hinein aus. Lassen Sie dann dieses Manöver durch die Hebamme ausführen und untersuchen Sie währenddessen innerlich. Wenn der Kopf eingedrängt werden kann, wenn sich die Kopfknochen übereinander verschieben, dann können Sie auch in Fällen, in welchen zunächst das Köpfchen anscheinend weit über die Symphyse vorspringt und also viel zu groß erscheint, dennoch damit rechnen, daß dasselbe entweder durch die eigene Kraft der Frau durch das Becken getrieben werden wird, oder in geeigneter Weise von Ihnen hindurchzuführen ist.

Es heißt also mit ruhiger Überlegung die Geburt in ihrer weiteren Enwicklung abzuwarten!

(Schluß folgt.)



Trauma und Sarkom. Von Dr. K. Vogel. (Schluß.)

4. David L., 65 Jahre alt, Kaufmann, 10. Jänner bis 25. Jänner 1898.

Anamnese: Früher gesund. Gibt an, es sei ihm vor vier Monaten ein großer Hund gegen den Leib gesprungen, wobei der linke Hoden gequetscht worden sei. Mehrere Wochen habe er ziemliche Schmerzen an dem mäßig geschwollenen Organ gehabt. Dann Besserung, nur noch zeitweise auftretende geringe Schmerzen. Die Schwellung hat nie ganz nachgelassen und ist in den letzten sechs Wochen wieder etwas stärker geworden.

Status: Ziemlich harte, gleichmäßige, fast schmerzlose Schwellung des linken Hodens von Hühnereigröße. Keine entzündlichen Erscheinungen, keine kranken Drüsen.

Diagnose: Tumor des linken Hodens.

Operation: Castratio sin. Der Tumor erweist sich als kleinzelliges Rundzellensarkom. Über das weitere Schicksal des Patienten habe ich nichts erfahren können.

5. Konrad S., 33 Jahre alt, 3. Juli bis 24. Juli 1899.

Anamnese: Vor vier Jahren wollte Patient bei einer Kahnfahrt aus dem Nachen steigen, verlor, als er mit einem Fuß draußen, mit dem anderen noch im Kahn war, den Boden und kam rittlings auf den Bootsrand zu sitzen, wobei der rechte Hoden „kräftig gequetscht“ wurde. Der Hoden schwoll etwas an und war schmerzhaft. Auf kühle Umschläge gingen die Erscheinungen zurück; nach einem Jahr bemerkte er, daß der Hoden härter und etwas dicker war als der linke, achtete dies aber nicht. Vor zwei Jahren „entzündete sich“ der Hoden nach einer längeren Fußtour und schwoll an. „Durch Kühlung legte sich die Entzündung wieder, aber die Schwellung nur teilweise. So wiederholten sich dann die Entzündungen und Anschwellungen bis zur Operation mehrfach und wurde dann allmählich die spätere Größe erreicht. Ich bemerke noch, daß bei jeder neuen Entzündung die Geschwulst immer ein bischen dicker blieb.“

Status: Fast gänseeigroßer Tumor des rechten Hodens, hart, nicht druckempfindlich. Keine entzündlichen Erscheinungen. Keine Drüsen.

Diagnose: Maligner Tumor.

Operation: Castratio dextra. Der Tumor ist ein kleines Rundzellensarkom. Patient ist bis heute gesund geblieben.

6. Fritz W., 35 Jahre alt, Landwirt, 6. Dezember bis 16. Dezember 1907.

Anamnese: Patient hat eine Struma, war sonst stets gesund. Vor zwei Jahren hat er mehreremale hintereinander beim Reiten Quetschungen des rechten Hodens erlitten. Seitdem sind wiederholte „Entzündungen“ mit Schwellung und Schmerzen aufgetreten, die zwar teilweise zurückgingen, aber, insbesondere die Vergrößerung, nie ganz verschwand. In den letzten vier Monaten ist der Hoden kontinuierlich dicker geworden.

Status: Außer der Struma sonst sehr kräftiger gesunder Mann. Der rechte Testikel ist annähernd gänseeigroß, hart, von gleichmäßiger Oberfläche, wenig empfindlich. Keine entzündliche Erscheinungen. Keine Drüsenschwellungen.

Diagnose: Maligner Tumor.

Operation: Castratio dextra. Glatte Heilung. Der Tumor ist ein kleinzelliges Rundzellensarkom.

7. Frau Helene F., 40 Jahre alt, 5. November bis 22. Dezember 1902.

Anamnese: Früher gesund. Irgendwelche Krankheiten der Mamma sind nicht vorausgegangen. Vor vier Monaten hat Patientin beim Umzug mit Möbeln hantiert und dabei einen Stoß von einer Möbelecke gegen die linke Mamma bekommen, der zuerst nicht beachtet wurde. Es bildete sich langsam eine Schwellung und Verhärtung der Mamma aus, ohne nennenswerte Schmerzen.

Status: Sehr harter diffuser Tumor der ganzen linken Mamma, teilweise mit der Haut verwachsen, auf der Unterlage wenig verschieblich. In der Achselhöhle einige verhärtete Drüsen. Patientin ist blaß, aber nicht kachektisch.

Diagnose: Carcinoma mammae.

Operation: Amputatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle in typischer Weise. Die Wunde muß wegen ausgedehnter Entfernung der Haut teilweise transplantiert werden. Die Patientin ging fast geheilt nach Hause, bekam dort aber bald ein lokales Rezidiv und ist im März 1903 gestorben. Der Tumor macht auf dem Durchschnitt den Eindruck eines Szirrhus, doch wurde wegen der großen Malignität (schnelles Wachstum) an die Möglichkeit eines Sarkoms gedacht. Die pathologisch anatomische Diagnose lautete auf „kleinzelliges sehr zellreiches Rundzellensarkom von besonders malignem Charakter“ (Pathologisches Institut der Universität).

Keiner von allen war versichert, außer Fall 3, der heute noch um sein zweifelloses Recht streitet. Dieser einzige Versicherte aber ist deshalb wohl durchaus einwandfrei, weil es sich um eine Körpergegend handelt, die sowohl von Traumen nicht allzu oft als, und das noch weniger, von Tumoren heimgesucht wird, und weil gerade hier der kontinuierliche Zusammenhang zwischen Trauma und Sarkom durchaus zweifelfrei festgestellt ist. Ich erinnere mich nicht, außer diesem Falle je ein primäres Klavikulasarkom gesehen zu haben.

Recht seltene Tumoren sind auch die Hodensarkome, besonders aber das Mammasarkom. Wenn demnach auch hier von intelligenten Patienten (alle 4 gehörten den gebildeten Ständen an) durchaus einwandfrei das Trauma als Ursache angegeben und der kontinuierliche Zusammenhang in so plausibler Weise, wie oben geschildert, erläutert wird, so können wir doch kaum noch diesen Zusammenhang als einen bloß zeitlichen, zufälligen ansehen.

Stets hat ein einmaliges Trauma vorgelegen, wie das ja für Sarkom meist angegeben wird, im Gegensatz zu Karzinom. Nur bei Fall 2 haben wir eine Häufung wiederholter Insulte. Alle Verletzungen sind, vielleicht mit Ausnahme von Fall 1, relativ geringfügige, zunächst kaum beachtete, bei einzelnen schließen sich daran kontinuierliche oder in einzelnen Nachschüben erfolgende „Entzündungserscheinungen“ an, die dann allmählich in den Tumor übergehen. V. glaubt nicht, daß auch nur in einem Falle irgend etwas dafür spricht, daß beim Eintritt des Traumas der Tumor schon vorhanden war. Er würde dann wohl schneller als solcher in die Erscheinung getreten sein, denn wir wissen, daß ein Trauma auf das Wachstum eines vorhandenen Tumors sehr beschleunigend wirkt. Meist liegen aber Monate, im Fall 5 sogar Jahre zwischen Insult und deutlicher Tumorbildung. Diese Zwischenzeit wird in allen Fällen durch die von Thiem für die Annahme eines ätiologischen Zusammenhanges geforderten „Brücken von Erscheinungen bis zum Ausbruch der Erkrankung“ ausgefüllt (Schmerz, Schwellung, Zeichen von Bluterguß und dergleichen). Thiem fordert ferner die Entstehung der Geschwulst an der Stelle der Einwirkung des Traumas, endlich soll die Zeit des Auftretens des Tumors nach dem Insult nicht unter 6 Wochen und nicht über 2 Jahre betragen. Auch diese Forderungen werden in meinen Fällen erfüllt. (Mediz. Klinik Nr. 9.)

III. Literatur.

Das Atmen beim Sprechen, Lesen und Singen. Von Gustav Krusche. Verlag Hermann Beyer & Söhne. Langensalza 1906.

Auf die Wichtigkeit richtiger Atmung beim Sprechen und Lesen Gewicht legen, ist ein Gebot für jeden Lehrer und Arzt. Nachdem die anatomischen und physiologischen Grundlagen (Frequenz, Brust- und Bauchatmung, Husten, Weinen, Seufzen) etwas beleuchtet wurden, gibt Verfasser die Regeln: Das Atemholen muß immer mit den Rede(Sinn)pausen zusammmenfallen (entsprechende Atmungsökonomie macht dies leicht möglich, besonders bei planmäßiger Übung des Atmens für das Sprechen), man atme schnell, ohne Ruck und unhörbar ein und lasse den Atem sparsam und ruhig ausströmen. So sehr diese Regeln medizinisch gut zu heißen sind, müssen doch gegen die auf S. 39 angegebenen Übungen mi



kurzer, insbesondere aber gegen die mit „verlängerter Atemhaltung“ medizinische Bedenken auftauchen.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Von Professor L. Brauer (Marburg). Band VIII. Heft 4. A. Stubers Verlag (C. Kabitzsch). Würzburg 1907.

Das vorliegende Heft enthält nebst mehreren kasuistisch interessanten Fällen und theoretisch wichtigen Auseinandersetzungen zwei besonders interessante Arbeiten. Erstlich von Amrein: „Weitere Tuberkulin-Erfahrungen“, woran Verfasser das Béraczeck-Tuberkulin als besonders unschädlich und dabei doch therapeutisch wirksam hinstellt und die Arbeit von Eisen: „Über die Tuberkulin-Ophthalmoreaktion“, die sich trotz einzelner Einwände für die Ophthalmoreaktion als spezifische Tuberkulinreaktion ausspricht.

IV. Notizen.

Achtzigste Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Nach dem soeben zur Ausgabe gelangten Programme der in der Zeit vom 20. bis 26. September in Köln am Rhein stattfindenden 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte werden folgende bemerkenswerte Vorträge gehalten werden: Major von Parseval, Berlin, über „Motorballon und Flugmaschine“; Stadler, München,: „Albertus Magnus von Köln als Naturforscher und das Kölner Autogramm seiner Tiergeschichte“; von Hein, Zürich, über den „Deckenbau der Alpen“; Hassert, Köln, wird über „Vorläufige Ergebnisse einer landeskundigen Forschungsexpedition ins Kamerungebirge und nach Nordkamerun“ berichten. Am 24. September findet eine Gesamtsitzung beider Hauptgruppen statt, in welcher Wiener, Leipzig, über die „Entwicklung der Farbenphotographie“ vortragen wird. Die wissenschaftliche Hauptarbeit wird in 31 Abteilungen geleistet, von denen 18 der medizinischen Hauptgruppe angehören. Für diese sind bereits 430 Vorträge angemeldet. Von österreichischen Vortragenden seien erwähnt: Alt, Attinger, Bartel, L. Braun, Clairmont, v. Eiselsberg, Fränkel, Glas, v. Haberer, Hajek, Hamburger, Hochsinger, Jehle, A. Jolles, Kienböck, Knöpfelmacher, E. Kraus, Kornfeld, Leiner, Neumann, Neurath, Oppenheim, v. Pirquet, Redlich, Rethi, Ruttin, Schick, Spieler, Stransky, Türk, Wertheim, Wimmer, Wien, Imhofer, Kretz, Prag, Prausnitz, Reinitzer, Graz, Ipsen, Molitoris, Innsbruck, Mann, Krakau, Sickinger, Brünn und Konyeres, Klausenburg. Mit der Versammlung ist eine Ausstellung naturwissenschaftlicher und medizinisch-chirurgischer Gegenstände, sowie chemisch-pharmazeutischer Präparate und Naturwissenschaftlicher Lehrmittel in der königlichen Maschinenbauschule verbunden.

Der Radiumkurort Joachimstal. Die in der letzten Zeit über den Heilwert der Radiumemanation in den Quellen von Joachimstal angestellten Untersuchungen haben ein befriedigendes Resultat ergeben, so daß die Regierung bereits im nächsten Frühjahre Joachimstal zu einem Kurorte ausgestalten wird. Die beteiligten Zentralstellen — das Ackerbauministerium und das Ministerium für öffentliche Arbeiten — haben im Einvernehmen mit dem Unterrichtsministerium an Hofrat Professor Dr. Ludwig und Hofrat Professor v. Neusser das Ersuchen gerichtet, sich über die Radiumemanation der Joachimstaler Quellen und ihren Wert als Heilfaktor in einem Gutachten zu äußern. Die Untersuchungen, die im chemischen Universitätsinstitut und an der zweiten medizinischen Klinik durchgeführt werden, sind noch nicht beendigt. Nur soviel ist bereits bekannt, daß im Allgemeinen Krankenhause an der Klinik Neusser versuchsweise Radiumbäder angewendet wurden, wobei günstige Resultate erzielt wurden.

Otto Gysae, **Die silberne Tänzerin.** Roman. Umschlagzeichnung von Th. Th. Heine. Preis geheftet 3 Mark 50 Pf., in Leinen gebunden 4 Mark 50 Pf., in Ganzleder-Geschenkband 6 Mark 50 Pf. Verlag von Albert Langen in München. In seinem dritten Roman hat Otto Gysae die großen Erwartungen, die seine früheren Bücher „Die Schwestern Hellwege“ und „Edele Prangen“ bei allen künstlerisch Hellhörigen erregt haben, noch übertroffen. In der „Silbernen Tänzerin“ hat der junge Dichter ganz seinen persönlichen Stil gefunden und eine geradezu vorbildliche Distanz zu seinem Stoff: Die Distanz der großen Kunst. — In den Lärm des Büchermarktes hinein wird die stille Stimme dieses Buches vernehmlich sprechen. So ein Werk kann nicht übersehen werden, sein Erfolg muß in die Breite wie in die Tiefe gehen. — Die „Heldin“ des Romans, die junge Ante Almelo, ist eine der feinsten, lebendigsten, unvergeßlichsten Frauengestalten in der Literatur aller Völker und Zeiten. Ebenso trefflich, mit diskretem Realismus und nicht ohne leichte Ironie sind die reichen, vornehmen hanseatischen Kaufmannskreise in ihrer Korrektheit, ihrer Frömmigkeit, ihrer Genußsucht gezeichnet, — das Milieu, in dem Ante lebt und in dem und an dem sie stirbt. Sterben heißt hier aber nicht etwa Zngrundegehen. Der weise Sinn des Buches lautet: Der Tod ist nicht das Gegenspiel des Lebens, nicht eine herabsinkende Linie des Lebens, sondern er ist die letzte und größte Begebenheit des Lebens. Und also sollten wir leben, daß wir im Tode auf der Höhe des Lebens stehen. — Und so ist Antes Sterben nicht ein Versinken, sondern ein Hinaufwandern; und wir, die Leser — wenn wir das Buch am Ende aus der Hand legen —, sind mit der kleinen Ante emporgestiegen auf die Höhe, wo es keine Schmerzen mehr gibt; wir haben Stunden des Trostes und der Schönheit genossen, davon uns genug dauernd herüberleuchten kann in unsere grauen Werktage.

V. Eingesendet.

Kundmachung. Aus dem Erträgnisse der Dr. Wilhelm Eckhart Stiftung kommt im Jahre 1908 eine dauernde Unterstützung an ein durch Erblindung oder anderes schweres und unheilbares Gebrechen oder hohes Alter erwerbsunfähig gewordenes und überdies besonders berücksichtigungswürdiges und dabei wahrhaft hilfsbedürftiges Mitglied des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums zur Verleihung.

Die Bewerber um diese Unterstützung haben die Mitgliedschaft beim Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium durch die Vorlage des Aufnahmsdokumentes, ihre Krankheit oder Erwerbsunfähigkeit durch ein von einem Mitgliede des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums ausgestelltes Zeugnis, ferner ihre Hilfsbedürftigkeit durch eine von der Ortsbehörde ausgestellte Bestätigung nachzuweisen und die mit diesen Nachweisen belegten Gesuche bis längstens 15. Oktober 1908, mittags 12 Uhr, beim Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium I., Rotenturmstraße 19 (van Swietenhof), zu überreichen.

Vom Wiener medizinischen Doktoren-Kollegium.

Wiener mediz. Doktorenkollegium.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: **XIX/1, Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration:
XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der
Medicinischen Blätter
WIEN
XIX/1, Billrothstrasse 47,
für alle übrigen Länder bei der
Buchhandlung Gustav Fock
in Leipzig,
sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate
laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 36. Wien, 5. September 1908. **Nr. 36.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13313) zu senden.

Aphorismen zur Therapie der Bleichsucht.*)

Von **Sanitätsrat Dr. Beerwald**, Bad Altheide und Berlin.

Unter Aphorismen verstehe ich im speziellen Falle einige selbständige Ansichten, für die ich zunächst deshalb um Entschuldigung bitten muß, weil die Basis, auf der ich zu meiner Auffassung gelangt bin, nicht die heute in unserer Wissenschaft übliche ist. Das Experiment und die Laboratoriumsarbeit sind für uns so überwiegend maßgebend geworden, daß die Erfahrung kaum an zweiter Stelle Berücksichtigung findet; und doch ist sie es allein, auf der ich heute fuße. Überhaupt möchte ich bezweifeln, ob unser heutiger allgemeiner Standpunkt, den ich soeben charakterisiert, der richtige ist. Wenn wir mit der Geschichte unserer Wissenschaft enger vertraut wären, wenn wir die zweifellosen Tatsachen genügend kennen würden und beachtet hätten, welche das seit dem Bestehen des Menschengeschlechtes gleichzeitig bestehende Hilfsbedürfnis im Krankheitsfalle während der Jahrtausende gezeitigt hat, so würden wir uns manche experimentelle Verirrung erspart haben, mancher angeblich neue Fund, der unter großer Aufwendung von Scharfsinn und unter subtilster Ausnützung der Technik gemacht wurde, hätte sich erübrigt. Allerdings hat uns das Experiment in unserer Wissenschaft einen Horizont eröffnet, der in keinem Vergleiche zu der früheren Enge steht. Aber die Erfahrung kann trotzdem beanspruchen, der experimentellen Forschung gleichzustehen und das um so mehr, als der lebende Organismus, die ewigen Gesetze der Natur, wiederholt dem widersprochen haben, was uns die Retorte und das Mikroskop als richtig und als Tatsache erscheinen ließen. Allein auf solcher Erfahrung und auf Beobachtungen am Kranken beruhen die kleinen Selbständigkeiten, welche ich Ihnen vortragen werde.

Ich habe mich dazu auch nur entschlossen unter dem Drucke der ärztlichen Verpflichtung, da mir vielleicht die Nachprüfung in diesem oder jenem Falle Recht geben wird und mir selbst eine geringe Klärung über das Wesen der Chlorose, ein geringer Beitrag zu ihrer erfolgreichen Bekämpfung schon wert scheint, allgemein bekannt zu werden. Denn nicht nur bildet die Chlorose an und für sich ein überaus trauriges Krankheitsbild, und schließt besonders in ernsteren Fällen die von ihr Befallenen grausam von vielen Lebensfreuden aus, sondern sie ist auch von der größten Bedeutung für die Zukunft unseres Geschlechtes und ist nicht selten im Körper das schwächende Moment, auf dem sich eine schwere, andere Krankheit — ich darf hier wohl mit Recht die Tuberkulose nennen — etabliert.

Eine Besprechung der bei der Chlorose einzuschlagenden Behandlung verlangt unbedingt auch einen Hinweis auf die Pathologie und Ätiologie, wenn sie nicht in der Luft schweben soll. Freilich hat dieser Hinweis etwas recht Schattenhaftes; denn wenn wir ehrlich sein wollen, so müssen wir zugestehen, daß wir wohl die Chlorose zu behandeln vermögen, aber ihre eigentliche Genese, die Grundursache ihres Entstehens, uns bis heute noch nicht bekannt ist. Wie kommt es, daß sie als Morbus virgineus fast nur das weibliche Geschlecht befällt, hier aber keinen Unterschied zwischen arm und reich, zwischen Stadt und Land macht? Wie kommt es, daß sie hauptsächlich zurzeit der Pubertät sich entwickelt und daß in dieser Zeit auch bei sonst gesunden Mädchen eine Hämoglobinarmut besteht? In Berücksichtigung dieser Tatsachen drängt sich trotz aller gegenteiliger Beweisführung doch immer wieder der Gedanke auf, daß doch in der Entwicklung des femininen Sexuallebens, welches gegenüber dem virilen zweifellos für den Organismus wesentlich mehr schwächend ist, eine nicht so kurzer Hand zurückzuweisende Ursache liegen mag. Auf jeden Fall hat diese Begründung gegenüber den verschiedenen anderen den Vorteil, daß sie die ungezwungenste ist und auf sie am wenigsten die Entgegnung angewandt werden kann: es handle sich um eine Folge und nicht um eine Ursache. Das ist ja in der Beurteilung der pathologischen Momente der Chlorose das außerordentlich schwierige, Ursache und Wirkung voneinander zu scheiden, und ich möchte behaupten, daß jede Erklärung, die die Chlorose gefunden hat, auch ebenso berechtigt als Wirkung angesprochen werden kann, da es sich bei ihr um einen in seltener Weise geschlossenen Circulus vitiosus handelt. Das gilt selbst für

*) Vortrag, gehalten am 36. schles. Bädertag in Breslau.



die älteste und auch heute noch weitverbreitetste Erklärung der Chlorose, daß sie auf dem verminderten Hämoglobingehalt der roten Blutkörperchen beruhe. Unbedingt ist diese Erklärung die interessanteste, und wenn wir bedenken, daß der Hämoglobingehalt — gleichgültig, ob durch Verarmung an Hämoglobin seitens der einzelnen Erythrozyten, ob durch Verminderung der Erzthrozyten an sich, welche wohl hiebei nur eine zweite Rolle spielt — bis auf ein Drittel der Norm sinken kann, so ist das in der Tat eine ganz außerordentliche Störung des Körperhaushaltes. Denn mit dem Hämoglobin verarmt, wie Sie wissen, der Körper an Eisen, das v. Bunge mit Recht einen unermüdlichen Sauerstoffträger nennt, und wenn die hier in Frage kommenden Quantitäten auch nur sehr geringe sind, da der Erwachsene im ganzen überhaupt nur 2·8 *g* Eisen enthält, an denen die 13·45 *g* Hämoglobin im Blute mit 0·55 *g* beteiligt sind, so genügt doch schon dieser geringe Verlust, die Sauerstoffaufnahme der Erythrozyten bedeutend herabzusetzen, und es ist vielleicht auch nicht nebensächlich, daß der Eisengehalt des Blutes mit 5—6 *cg* dem täglichen Eisenverlust des Körpers entspricht, den wir durch die Se- und Exkrete erleiden. Unweigerlich läßt mit der herabgesetzten Fähigkeit, Sauerstoff aufzunehmen, sowohl die Energie jedes Organes, als auch die ganze Lebensenergie des ganzen Individuums nach, und es hat daher etwas sehr Bestechendes, das ganze Bild der Chlorose auf diesen Hämoglobin- und Eisenmangel zurückzuführen. Besonders v. Noorden und Immermann haben sich unter den neueren Forschern auf diesen Standpunkt gestellt und haben als Ursache für die Chlorose eine plastische Adynamie der blutbildenden Organe in unseren Röhrenknochen und die herabgesetzte Energie dieser Organe angenommen. Die Tatsache der Adynamie ist unbestreitbar. Ist sie aber wirklich die Ursache, und ist sie nicht ebenfalls nur eine Folge?

(Fortsetzung folgt.)

Weitere Beiträge zur Eisentherapie mittels Blutan, dem alkoholfreien Liquor Ferro-Mangani peptonati.

Von **Dr. med. C. Kabisch,** Frankfurt a. Main.

Wie ich bereits einmal an anderer Stelle betonte, ist es gerade heutzutage, wo uns die chemische Industrie mit neuen Eisenpräparaten fast überschüttet, sehr oft außerordentlich schwierig, das jeweils geeignete Mittel herauszufinden. Da nun so unendlich viele Menschen an Blutarmut und Bleichsucht leiden, dem Hauptabsatzgebiete der Ferrumpräparate und infolge der öffentlichen Anpreisung auch die als unschädlich und ohne Neben- und Nachwirkung empfohlenen Präparate kaufen, so wird man vielfach als Arzt gar nicht gefragt, was man von diesem oder jenem Mittel hält. So ist es deshalb auch zu erklären, daß viele gute Mittel weniger beachtet und genommen, dagegen manche andere, die schwunghafter Weise durch großzügige Reklame in den Handel gebracht werden, kolossal gekauft und geschluckt werden. Wenn nun eine in Fachkreisen so rühmlich bekannte und geschätzte Firma, wie die Chemische Fabrik Helfenberg, A.-G. vorm. Eugen Dieterich uns ein Präparat vorlegt, so wissen wir von vornherein, daß dasselbe aller und jeder Beachtung wert ist, weil auch die übrigen Produkte dieser Firma sich eines berechtigten Ansehens erfreuen. Dieses Präparat wird nach den Angaben von Dr. K. Dieterich-Helfenberg nach dem durch Deutsches Reichspatent geschützten Verfahren hergestellt und führt den Namen „Blutan"; dasselbe stellt einen alkoholfreien Liquor Ferro-Mangani peptonati vor, der 0·6% Eisen und 0·1% Mangan, mit Acidalbumin und Kohlensäure imprägniert, enthält. Das Mittel wird sich schon aus dem Grunde immer mehr Freunde erwerben, weil man doch heutzutage von der Wichtigkeit und Wahrheit der Tatsache überzeugt ist, daß die fortgesetzte Zufuhr von Alkohol, selbst in ganz geringen Mengen, einen schädlichen Einfluß auf das Nervensystem und den Zirkulationsapparat ausübt, ganz besonders bei blutarmen und bleichsüchtigen Personen, bei denen die Magen- und Darmtätigkeit meist eine sehr gestörte ist.

Daß die Aufgabe, welche sich Dr. K. Dieterich gestellt hatte, eine sehr schwierige war, erkennt man am besten, wenn man daran festhält, daß es bislang nicht möglich war, organische Eisenpräparate ohne Alkoholzusatz in haltbarer Form herzustellen und nebenbei auch in einer Weise, die den Geschmackswärzchen unserer Zunge nicht als fade und geschmacklos erschien. Beides ist der Fabrik in glänzender Weise gelungen und habe ich mich persönlich davon des öfteren überzeugt. Ich habe das Präparat bei den verschiedensten Zimmertemperaturen wochen-, ja monatelang stehen lassen, ohne auch nur die geringste Veränderung an demselben wahrnehmen zu können. Der Geschmack des Blutan ist ein äußerst angenehmer; man vermißt beim Schlucken desselben keineswegs den sonst willkommenen alkoholischen Reiz, im Gegenteil das angenehme Prickeln durch den Kohlensäuregehalt erhöht den Wohlgeschmack in jeder Form.

Die beste Applikationsweise sowohl nach den Angaben vieler geschätzter Beobachter als auch nach meinen eigenen zahlreichen Erfahrungen ist 3mal täglich ein Eßlöffel voll für Erwachsene und 3mal ein Tee- oder Kinderlöffel voll für Kinder in etwas Milch im Anschluß an die Mahlzeiten.

Was nun die Wirkung des Blutan im allgemeinen betrifft, so kann ich mich dahin aussprechen, daß sich fast in allen Fällen, die ich daraufhin beobachtete, bereits im Anfang der Kur eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens zeigte. Der Appetit wurde besser, der vorher meist darniederliegende Kräftezustand hob sich, und die fast immer geäußerten Erscheinungen von Müdigkeit, Kopfschmerzen, Frieren im ganzen Körper, besonders an den Händen und Füßen, leichte Schwindelanfälle usw. ließen nach. Die Darmtätigkeit nahm geregeltere Bahnen an, die Menstruationsunregelmäßigkeiten und der vielfach damit verbundene Fluor verschwanden, ebenso der oft und besonders gern bei Blutarmen beobachtete Hautausschlag im Gesicht und am Halse. Die von mir in verschiedenen Fällen vorgenommenen Messungen des Hämoglobingehaltes ergaben eine deutliche Zunahme desselben nach mehrwöchentlichem Gebrauch des Blutan. Daß ich in allen Fällen, wo ich mit Blutan Versuche anstellte, auch eine genau vorgeschriebene Diät einhalten ließ, sowie entsprechende hygienische Vorschriften erteilte, ist selbstverständlich.

Außer dem einfachen Blutan stellt die Firma auch vier ähnliche Präparate her, nämlich das Jod-Blutan und das Brom-Blutan. Ersteres ist ein alkoholfreier Liquor Ferro-Mangani jodopeptonati mit 0·6% Fe, 0·1% Mn und 0·1% J, welcher in vortrefflicher Weise die Wirkung des Eisens und des Jodes verbindet und dann zur Verwendung kommt, wenn man die Medikation von Jod und Eisen zusammen wünscht, also namentlich bei Skrofulose, Lues, chronisch bronchitischen Zuständen usw. Letzteres stellt ebenfalls einen alkoholfreien Liquor Ferro-Mangani peptonati dar mit 0·6% Fe, 0·1% Mn, mit 0·1% Br, in welchem Brom und Eisen in organischer Form zur gemeinsamen Wirkung gebracht ist. Das Brom-Blutan ist dann indiziert, wenn man die beruhigende Wirkung des Broms mit der robierenden des Eisens verbinden will, also auf dem großen Gebiete der nervösen Störungen speziell im Zusammenhang mit Anämie und Chlorose. Die Dosierung dieser beiden Präparate hält sich in analoger Form mit der des einfachen Blutans, so daß man auch hievon 2—3 mal täglich einen Eßlöffel voll für Erwachsene und einen Teelöffel voll für Kinder gibt; endlich sei noch das Diabetiker-Blutan (ohne Zucker) und das China-Blutan erwähnt.

Um an praktischen Beispielen die überaus günstige Wirkung des Blutans zu demonstrieren, werde ich mir erlauben, aus der großen Zahl der von mir behandelten Fälle einige herauszugreifen und etwas näher zu beschreiben.



1. G. D., 30jähriger, an hochgradiger Neurasthenie mit Angstgefühlen und Schwächeanfällen leidender Mann. Auf die mehrmonatliche regelmäßige Zufuhr von Blutan erholte sich derselbe soweit, daß er seinen Posten als Buchhalter wieder ausfüllen konnte, während er vordem wiederholt seine Tätigkeit niederlegen und mehrere Wochen zu Hause bleiben mußte.

2. M. Br., 7 Jahre altes, sehr blutarmes, äußerst elendes Kind, welches fast täglich ein- bis zweimal einen Ohnmachtsanfall bekam und wochenlang vom Schulbesuch dispensiert werden mußte. Auf den Gebrauch von Blutan hin besserte sich der Zustand wesentlich, die Schwächeanfälle ließen nach, der vorher absolut ungenügende Appetit stellte sich wieder ein und das Kind konnte den Unterricht besuchen.

3. Kind M. Bl., 8jähriges, sehr schwächliches Mädchen mit organischem Herzfehler und chronischem Bronchialkatarrh. Das Kind verweigerte fast jede Nahrungsaufnahme, wollte andauernd im Bette liegen und nahm ständig an Gewicht ab. Auch hier tat das Blutan seine Dienste, indem sich der Appetit langsam besserte, die fahle Gesichtsfarbe schwand und das Gewicht um mehrere Pfund zunahm. Auch die mehrmals vorgenommene Bestimmung des Hämogloblingehaltes ergab eine deutliche Steigerung.

4. Frau K. K., 40jährige, in sehr gedrückten Verhältnissen lebende kleine Beamtensfrau, Mutter von 5 Kindern. Zufolge mangelhafter Ernährung und zu großer körperlicher Anstrengung hochgradige Blutarmut und totaler Verfall der Kräfte. Die Menses dauerten fast 8 Tage und waren sehr stark, wodurch die Frau noch mehr herunterkam. Auf den mehrmonatlichen Gebrauch von Blutan hin hob sich zunächst der Appetit, im Anschluß daran besserten sich die Kräfte und die fast nur aus Haut und Knochen bestehende Frau nahm an Gewicht zu. Allmählich erholte sie sich soweit, daß sie mir wiederholt sagte, es sei ihr jetzt viel leichter, ihrem großen Haushalt vorzustehen als früher, wo sie fast gar nichts mehr leisten konnte.

5. A. H., 35jähriger, sehr nervöser Postbeamter, der an ständiger Schlaflosigkeit und nervösem Herzklopfen litt. Im Laufe von 6 Wochen brachte ich ihn unter Zuhilfenahme von Blutan soweit, daß er seinen Dienst, den er unterbrechen mußte, wieder aufnehmen konnte und vor allem wieder ruhig und lange schlief. Die Herzbeschwerden haben fast ganz nachgelassen und er fühlt sich bei dem Blutan, das er weiter nimmt, sehr wohl.

6. B. T., 28jähriger Kaufmann, seit langem an hysteroneurasthenischen Beschwerden und Lungenspitzenkatarrh leidend. Der Appetit war gleich Null und die Körperkräfte soweit herunter, daß er mir wiederholt sagte, es sei ihm fast nicht möglich, seine notwendigen Geschäftsgänge zu besorgen. Seit mehreren Wochen nimmt er regelmäßig das Blutan und hat sich der Zustand wenigstens soweit gebessert, daß er wieder in seinem Geschäft tätig ist und soviel verdienen kann, um sich und seine Familie zu ernähren.

7. Frau A. K., 34jährige, sehr blutarme und schwächliche Frau, welche mit Menstruationsstörungen, chronischem Katarrh der oberen Luftwege, Appetitlosigkeit und starken Rückenschmerzen im Anschluß an Gebärmutterkatarrh behaftet war. Da sie sich wegen des geringen Einkommens ihres Mannes keine Hilfe nehmen konnte, kam sie immer mehr herunter. Ich gab ihr längere Zeit regelmäßig Blutan, woraufhin sich allmählich etwas Appetit einstellte und im Anschluß daran die Kräfte wieder etwas zunahmen, die starken Blutungen und die Rückenschmerzen geringer wurden, so daß mir die Frau noch vor kurzem, als ich ihr wieder 2 Flaschen Blutan gab, erklärte, sie fühle sich wesentlich besser, als wie im Laufe der beiden letzten Jahre.

8. Frau We. H., 60jährige, an Zirkulationsstörungen, chronischem Bronchialkatarrh, Leberschwellung, Verdauungsunregelmäßigkeiten leidende Frau. Vor etwa 4 Wochen war sie so elend, daß sie vor lauter Schwächeanfällen das Bett nicht verlassen konnte. Ich verordnete ihr Blutan, worauf sie sich nach einigen Tagen entschieden kräftiger fühlte und wieder aufstehen konnte. Bis heute hat sie das Mittel regelmäßig weiter genommen und ist mit dem Erfolge sehr zufrieden.

9. Frau M. H., 30jährige Frau, Mutter von 4 Kindern, im 7. Monat schwanger. Sie klagte über Appetitlosigkeit, ständige Müdigkeit und Schwäche in den Beinen, Rücken- und Kopfschmerzen. Wiederholt ließ sie mich rufen und äußerte die verschiedenen Beschwerden. Nachdem sie drei Wochen lang regelmäßig das Blutan genommen, erklärte sie mir, daß sie sich entschieden wohler und kräftiger fühle, wieder etwas Appetit habe und bei weitem nicht mehr so müde und elend sei, wie zuvor. Sie nimmt das Mittel weiter und ist mit der Wirkung sehr zufrieden.

10. Frl. M. H., 50jährige Privatlehrerin, an hochgradiger Anämie und Neurasthenie, Verdauungsstörungen, Appetitmangel, Kopfschmerzen leidend. Auf den Gebrauch von Blutan hin wurde der Appetit langsam besser, die sehr heftigen nervösen Beschwerden, die hysterischen Weinkrämpfe, das starke Herzklopfen und die wiederholt auftretende Herzschwäche ließen nach und die Patientin konnte ihre Unterrichtsstunden, welche sie hatte unterbrechen müssen, wieder aufnehmen.

11. Frl. L. H., 17jähriges, stark chlorotisches Mädchen mit andauernden Kopfschmerzen und solch bedeutender Müdigkeit und Schwäche in den Beinen, daß es ihr fast nicht möglich war, die 3 Treppen bis zur elterlichen Wohnung hinaufzugehen, ohne sich 1 bis 2mal hinzusetzen. Auch hier tut das Blutan recht zufriedenstellende Dienste, indem sich vor allem der total ungenügende Appetit besserte und die Kräfte etwas zunahmen, so daß das Mädchen, welches sich auch einige Wochen auf dem Lande erholte, seine Tätigkeit als Modistin wieder aufnehmen konnte.

12. Frau A. H., 40jährige, sehr blutarme Frau mit chronischen Verdauungsstörungen, Menstruationsbeschwerden, Fluor und leichtem Lungenspitzenkatarrh. Sie konnte fast garnichts essen und mußte das wenige, was sie herunterbrachte, meist wieder erbrechen. Wegen der ständigen Müdigkeit und Abgespanntheit und der fast ununterbrochenen Kopfschmerzen konnte sie ihrem Haushalt beinahe nicht mehr vorstehen. Es dauerte hier ziemlich lange, bis auch das Blutan zu wirken begann. Aber nach etwa 3 Wochen konnte sie mir mitteilen, daß sie etwas besseren Appetit habe und nicht mehr zu brechen brauche. Die Schwäche in den Beinen ließ ebenfalls nach und die Frau nahm 2 Pfund an Gewicht zu.

Diesen und alle die vorgenannten und viele andere Fälle habe ich noch in ständiger Kontrolle und bin überzeugt davon, daß die Erfolge bei weiterem Gebrauch des Blutans noch wesentlich bessere sein werden. Jedenfalls geben sie einstweilen alle den sicheren Beweis von der Güte und und Wirksamkeit und vor allem von der absoluten Unschädlichkeit des Mittels.

Da nun auch verschiedene andere geschätzte Kollegen über ähnliche gute Resultate bei der Medikation mit Blutan berichten und das Mittel neben vielen anderen Vorzügen noch den der Billigkeit hat, so ist mit Bestimmtheit anzunehmen, daß ihm eine große Zukunft und zwar mit Recht beschieden sein wird. Jedenfalls möchte ich nicht verfehlen, an dieser Stelle all den Herren, welche das Mittel noch nicht kennen, den Rat zu geben, auch einmal Versuche damit anzustellen, weche ganz gewiß so ausfallen werden, daß sie sich mit dem Blutan sehr bald befreunden werden.

Unter allen Umständen müssen wir der chemischen Fabrik Helfenberg dankbar sein, daß sie uns in dem Blutan ein Präparat gegeben hat, welches wir als eine glückliche Bereicherung unseres Arzneischatzes betrachten dürfen.

Literatur:

Dr. Alb. Kaiser, Dresden, Theropeutische Monatshefte 1906, Nr. 4. — Dr. Zoref, Wien, Medizinische Blätter 1906, Nr. 17. — Dr. Klautsch, Halle, Repertorium der praktischen Medizin 1906, Nr. 5. — Dr. Blümel, Görbersdorf, Medizinische Klinik 1906, Nr. 32. — Dr. Hugo Gerber, Wien, Medizinische Blätter 1906, Nr 31. — Dr. Weissmann, Lindenfels, Ärztliche Rundschau 1906, Nr. 36. — Dr. Ferrua, London, Le Médicin, Brüssel, 1906, Nr. 42. Dr. J. Kraus, Wien, Medizinische Blätter 1907, Nr. 8. — Distrikts-



Bahnarzt Med. univ. Dr. Richard Fuchs, Bleistadt, Reichs-Medizinal-Anzeiger 1907, Nr. 9 und 10. — Dr. Hans Fischer, Berlin, Therapeutische Monatshafte 1907, Nr. 6. — Dr. Ludwig Ries, Wien, Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1908, Nr. 8. — Dr. R. Meissner, Wien, Österreichische Ärzte-Zeitung 1809, Nr. 11.

Wochenschau.

Von **Spektator**.

(Hausarzt und Konsilarius. — Das diagnostisch-therapeutische Institut. — Das Spital für Nervenkranke. — Das Floridsdorfer Spital.)

Ein wunder Punkt im sozialärztlichen Leben ist das Verhältnis zwischen Arzt und Konsiliarius, nämlich das geldliche. Es ist, darüber kann kein Zweifel herrschen, nicht korrekt, wenn zwischen Arzt und Konsiliarus eine Verabredung besteht, daß und in welchem Verhältnisse das Honorar zwischen beiden geteilt werden soll. Deshalb fand auch vor nicht langer Zeit eine Versammlung von Konsiliarärzten statt, um diesen Abusus abzustellen. Diese Versammlung führte aber zu keiner Einigung, da die Hausärzte bei ihrer elenden Lage — und wir sind die letzten, die daran zweifeln — sich eine weitere Schmälerung ihres Einkommens nicht gefallen lassen wollen und konnten. Dieser Hinweis auf ihre Notlage bildet auch die einzige Entschuldigung für die Fortdauer des Zustandes.

Wogegen wir aber entschieden unsere Stimme erheben müssen, ist der von wenig Standesbewußtsein zeugende Versuch, der in letzter Zeit von erwerbslustigen Händen unternommen wurde, dieses unkorrekte Verhältnis durch Statuten zu petrifizieren.

Dieser Versuch geht von dem „Diagnostisch-Therapeutischen Institut“ aus, dessen Hintermänner uns bekannt sind, und dessen Statuten angeblich bereits bewilligt sind. Sie mußten bewilligt werden, da die Statuten in eigenartiger Weise den eigentlichen unlauteren Zweck des Institutes nicht nennen. Der § 3 sagt in verschwommener und undeutlicher Fassung: „Die Genossenschaft bezweckt die Förderung und Erleichterung der berufsärztlichen Tätigkeit, sowie des Erwerbes ihrer Mitglieder durch die Errichtung und den Betrieb eines Institutes für diagnostische und therapeutische Einrichtungen. Der Betrieb wird in der Weise geführt, daß die Genossenschaft den einzelnen Mitgliedern derselben die zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken erforderlichen Apparate und Einrichtungen sowie das zur Vornahme der Untersuchung und zur Durchführung der Patientenbehandlung geeignete und geschulte Personal (?) unter Oberleitung anerkannter Spezialisten (!) im Genossenschaftsinstitute gegen Entrichtung der im voraus festgestellten Gebühren zur Verfügung stellt.“ Jedes Genossenschaftsmitglied zahlt K 100.— als Einlage.

Hinter diesem Wortschwalle verbirgt sich einfach die Tatsache, daß das Honorar zwischen dem — außerdem fix angestellten — Spezialisten und dem Hausarzte geteilt werden soll.

Klassisch ist ferner der § 6, in dem bestimmt wird, daß die Tantiemen des Vorstandes und der Institutsleiter höchstens (!) fünfzig Prozent des Reingewinnes betragen dürfen. Man muß wirklich über die Uneigennützigkeit dieser Gründer staunen, die außer ihrem Gehalte höchstens (!) die Hälfte des Reingewinnes einstecken dürfen.

Wir glauben aber, daß diese Geschaftelhuber ihre Rechnung ohne den Wirt gemacht haben, denn wenn sich auch einige Ärzte, die den unwürdigen Zweck des Unternehmens nicht durchschauten, bisher vielleicht einfangen ließen, so werden sie nach dieser Aufklärung es doch unter ihrer Würde finden, Helfershelfer bei diesem Geschäftsunternehmen zu sein, dessen Gründungsversuch schon wahrlich kein Ruhmesblatt in der Geschichte der Wiener Ärzte bildet.

Das Kuratorium der Zwanzig-Millionen-Rothschild-Stiftung für Nervenkranke hat den Beschluß gefaßt, eine Teilung des Stiftungskapitals in der Weise vorzunehmen, daß der eine Teil des Kapitals für die Errichtung eines Spitals für Nervenkranke und der andere Teil für die Errichtung einer Zentralanstalt und Aufnahmskanzlei im Weichbilde der Stadt Verwendung finde. Zum Zwecke der Erbauung des Spitals für Nervenkranke hat das Kuratorium der Stiftung bereits Gründe am Rosenhügel nächst dem Lainzer Tiergarten angekauft und bereits im kommenden Herbst soll mit den Vorarbeiten für den Spitalbau begonnen werden. Die Zentralanstalt und Aufnahmskanzlei wird auf einem Teile der alten Waisenhausgründe an der Wiederhofergasse erbaut werden. Die Verhandlungen mit der Statthalterei wegen der Grundtransaktion stehen unmittelbar vor dem Abschlusse, und auch die Baupläne sind bereits dem Magistrate vorgelegt. Beide Anstalten werden im Pavillonsystem erbaut werden.

Das Floridsdorfer Spital wird, wie wir von kompetenter Seite erfahren, noch in diesem Herbst in Angriff genommen werden. Der Baubeginn hat insoferne eine Verzögerung erlitten, als die Baulinienbestimmung der Bezirkhauptmannschaft Floridsdorf von seiten der Gemeinde einer gänzlichen Umarbeitung unterzogen werden mußte. Das Ansuchen der Statthalterei um die Baubewilligung ist bereits (sic!) eingebracht worden, und schon in der nächsten Zeit wird mit der Herstellung einer Brunnenanlage (Schau, schau!) begonnen werden. die mit Rücksicht auf den Mangel einer Wasserleitung zur Wasserversorgung des neuen Krankenhauses dienen wird. Von seiten der Statthalterei sind zwei Projekte ausgearbeitet worden, eines auf einen Belag von 300 Betten und eines auf 400 Betten. Das Spital wird nicht in Pavillonsystem, sondern in einer Zentralanlage erbaut werden. Die von der Statthalterei ausgefertigten Baupläne sind gegenwärtig beim Ministerium des Innern zur endgültigen Entscheidung. Das Floridsdorfer Krankenhaus wird auf der Realität zwischen Jedleseerstraße, O'Briengasse, Helmholtzgasse und Voltagasse erbaut werden.

Die 47. Jahresversammlung des Verbandes deutscher Zahnärzte

hat in Köln ihre wissenschaftlichen Sitzungen abgehalten. Sie kann mit besonderer Befriedigung auch auf diese Tagung zurückblicken. Denn das ganze Programm, das 35 Vorträge umfaßte und an dem nur wenig geändert worden ist, wurde erledigt. In zwei Kommissionssitzungen wurden vorbereitende Schritte für den fünften Internationalen zahnärztlichen Kongreß in Berlin getan. Ferner fand eine Mitglieder-Versammlung für die geschäftlichen Angelegenheiten des Vereines, eine Dozenten-Versammlung und eine Versammlung der Mitglieder der Sterbekasse statt.

Von den wissenschaftlichen Vorträgen mögen als allgemein wissenswert von den übrigen folgende hervorgehoben werden. Prof. Deppendorf, Leipzig, sprach über die Grundsätze bei der Behandlung von Zähnen mit kranken oder faulen Nerven, wobei für manche Fälle Dr. Kersting, Aachen, die von ihm seit zehn Jahren erprobte chirurgische Behandlung empfahl. Der Wurzelkanal wird dabei desinfiziert und gefüllt und an der Wurzelspitze der Infektionsherd durch Schnitt und Aufbohren freigelegt und ausgeräumt. Diese Operation ist von Kersting auch gemacht worden bei Kieferbrüchen und Brüchen von Zähnen, wenn der Bruch in der Nähe der Wurzelspitze verlief oder die Wurzelspitze abgebrochen war, ferner als vorbereitende Maßregel an gesunden Zähnen vor einer Zysten- und Geschwulstoperation am Kiefer. Hiedurch konnte er sonst der Zange verfallene Zähne erhalten, was bei diesen Kranken deshalb vom größten Werte ist, weil es ihnen teils das Tragen einer Prothese überhaupt erspart, teils für eine solche Prothese die nötigen Stützpunkte gibt. Der Vortragende ersucht die Zahnärzte, mit den Chirurgen Fühlung zu suchen, damit diese auch vor Operationen an den Kiefern ihnen die Kranken zwecks Konservierung von Zähnen und Wurzeln als Stützpunkte für später einzusetzende Prothesen zuführen. Kleinsorgen.



Elberfeld, sprach über neue Regeln des Zahnbürstens und charakterisierte die Mängel der gebräuchlichen Art des Zahnbürstens.

Donnerstag nachmittag wurden Projektionsvorträge gehalten. Prof. Dieck, Berlin, sprach über Entwicklung der Photographie im Dienste der Zahnheilkunde als Lehr- und Forschungsmittel. Er führte vorzügliche Aufnahmen von farbigen und stereoskopischen Aufnahmen vor. Prof. Römer, Straßburg, brachte für Fachleute interessante Projektionsbilder von mikroskopischen Präparaten über Alveolarpyorrhoe. Wolpe, Offenbach, zeigt durch Projektionsbilder eine Reihe von Kieferanomalien, In allen Fällen zeigte sich vor der Behandlung Mundatmung und damit verbunden ein stupides Aussehen des Patienten. Nach der Behandlung erfolgte die Atmung auf natürlichem Wege durch die Nase. Der Vortragende betont besonders, daß der Hauptwert jeder Regulierung auf die Herstellung normaler Atmungsverhältnisse gelegt werden muß. Augenarzt Dr. Jung, Köln, sprach über einige Fälle von Erkrankungen, welche die Patienten auf die Zähne zurückführten, die aber andere Ursachen hatten. Er wies auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung einiger Zähne und der Augen hin, die ihren Grund in der Lage der Nerven haben. Er empfahl den Zahnärzten, bei schweren Fällen von Zahnkrankheiten die Untersuchung auch auf die Nebenhöhlen des Mundes auszudehnen. Kantorewics, Posen, sprach über die Rolle des Leukozytenfermentes in der Pathologie der Zahnpulpa. Durch diese sehr interessanten Untersuchungen ist der Beweis erbracht, daß in der entzündeten und zerfallenen Pulpa Leukozytenferment vorhanden ist, daß die Bakterien den Zerfall der Pulpa nicht hervorrufen und daß in reinem Leukozytenferment die Pulpa verdaut wird.

Die folgenden Verhandlungen begann Dr. Reinmöller, Rostock, mit Ausführungen über Anästhesie bei Operationen in der Mundhöhle. Er machte darauf aufmerksam, daß die Einführung der lokalen Schmerzausschaltung wesentlich mit zu dem Aufschwunge der Zahnheilkunde beigetragen hat. Heute gelingt es in allen Fällen, die allgemeine Narkose bei zahnärztlichen Operationen durch die lokale Anästhesie zu verbannen. Mit der Benützung von Novokain in 1%iger Lösung unter Zusatz einiger Tropfen der 1 : 1000 Adrenalinlösung hat Redner in über 4000 Fällen einwandfreie Ergebnisse erhalten. Gegen Nachschmerzen empfiehlt er Pyramidon. Das Thema der Anästhesierung wurde noch von mehreren Rednern behandelt. Zahnarzt Luniatschek, Breslau, wies auf gewisse technische Schwierigkeiten hin, die die Fühllosmachung ganzer Nerven mit sich bringe, die aber bei einiger Übung bald überwunden würden. Zur Anästhesierung ganzer Nervenstämme empfiehlt er das Kokain-Renoformgemisch. In der Diskussion wurde festgestellt, daß tatsächlichlich die allgemeine Narkose nur mehr selten angewandt wird.

Infolge der Erfindung von Solbring-Platschik, Paris, ist die Herstellung von Goldeinlagefüllung und massiven Goldbrücken in ein ganz neues Stadium getreten. Es ist ihm gelungen, damit sogar sechs- bis siebenzähnige Brücken herzustellen. Auch Prof. Sachs, Berlin, hat solche Verbesserungen versucht, von denen er berichtet. Zahnarzt Mamlok, Berlin, benutzt die gegossene Goldeinlage mit Platinbasis und Platiniroidiumstiften als Brückenpfeiler, die in gewissen Fällen den Goldkronen gegenüber bedeutende Vorzüge haben. Zahnarzt Silbermann, Breslau, zeigte einen von den bisherigen abweichenden Gußapparat; statt mit Wasserdampfdruck preßt er das Gold durch Stempel in die Hohlform. Über mehrere Fälle schwerer Schädigungen im Bereich der Kiefer durch tuberkulöse Veranlagung berichtet Zahnarzt Fryd, Hamburg. Es handelt sich zumeist um jugendliche Personen, die durch Skrophulose der Kiefer in kurzer Zeit die Zähne verloren haben. Die Behandlung bestand in operativer Entfernung und Abtragung der erkrankten Stellen. Den weiteren Ausbau der Fettherapie machte Dr. Kleinsorgen, Elberfeld, zum Gegenstand von Erörterungen. Die von ihm ausgeführte Fettherapie zur prophylaktischen Zahnpflege hat er auch auf die Zahn-Wurzelbehandlung ausgedehnt. Er empfahl die Ausfüllung der Wurzelkanäle mit seiner Fettpasta, ebenso die Überkappung der Pulpa in gewissen Fällen leichter Irritation und sprach sich gegen das bisherige Vorgehen mit scharfen antiseptischen Mitteln und Pasten aus.

In der Nachmittagssitzuung entwickelte Zahnarzt Hasse, Koblenz, in seinen Ausführungen über die Parabel der Silberzinnamalgame mathematisch den physikalischen Vorgang der Amalgambildung und kommt dabei zu dem Schlusse, daß es unter allen Zusammensetzungen nur ein einziges unveränderliches gibt. Nachdem Caspari, Wiesbaden, experimentelle Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Porzellanzähne im allgemeinen und der bekanntesten Zahnfabrikate im besonderen zum Gegenstand einer Besprechung gemacht hatte, verbreitete sich Walter Zielinsky, Berlin, über das Wachstum der Kiefer und Zähne und ihre Bestimmungen zur Kaufunktion. Er führte u. a. aus, daß für die normale Gestaltung der Kiefer und das korrekte Stellungsverhältnis des Ober- zum Unterkiefer unbedingt ein intensiver Gebrauch der Zähne nötig sei. Die von den Zähnen auf die Kieferknochen übertragenen tropischen, das heißt zur Ernährung anregenden Druckwirkungen veranlassen ein normales Längen- und Höhenwachstum der Kiefer. Die vielen unregelmäßigen Zahnstellungen und das Zurückstehen des Unterkiefers bei vielen Menschen ist zurückzuführen auf den mangelhaften Gebrauch der Zähne. Die modernen präparierten Nahrungsmittel machen ausgiebige Kaubewegungen unnötig, aber auch die Deformierung des Kauapparates unvermeidlich. Damit verbunden ist eine verzerrte Anlage der Gesichtszüge, namentlich des Profils durch Zurückstehen des Kinns. Zwischen der Zahnentwicklung, dem Kieferwachstum und der Kaufunktion besteht demnach ein bestimmtes, wechselseitiges Verhältnis. Die Zähne machen während ihres Wachsens die Gestalt der Kiefer von sich abhängig. Aber nur, wenn die Kaufunktion auch zu ihrem Rechte kommt, kann es zu einer harmonischen Gestaltung des ganzen Kiefergerüstes kommen, die den Vorzug der besten Nutzbarmachung der Nahrung und schöner Gesichtsformen für sich hat. Die Ausführungen ergänzte der Vortragende durch viele Lichtbilder.

Apparate zur Regulierung der Bißanomalien demonstriert Körbitz, Berlin, und betont, daß die wichtigste Aufgabe und der Erfolge einer Regulierung in der Herstellung einer normalen Artikulation bestehe. Bei der Besprechung der Anomalien der Zahnstellung beim Mundatmen infolge unregelmäßiger Zahnstellung erwähnt E. Herbst, Bremen, daß der hohe Gaumen nicht, wie häufig angenommen werde, ein Charakteristikum der Mundatmer sei, sondern daß er auch bei Nasenatmern vorkomme.

In der Schlußsitzung kam neben Demonstrationen über die gestrigen Vorträge über Gußmethoden noch das Kastensystem zur Sprache, mit dem Universitätsdozent Apffelstädt, Münster, über ein Jahrzehnt lang in Fällen festsitzender Brücken gute Erfolge erzielt hat. Das System ermöglicht die Vornahme von Reparaturen im Munde selbst.

Andresen, Kopenhagen, führte seine Methode von abnehmbaren Porzellanfacetten für Kronen und Brücken vor, Diemer, Köln, demonstrierte einen neuen Befruchter für Schleifmaschinen. Bein, Ohligs, fand mit seinem bewährten Hebel zur Entfernung festsitzender Wurzeln Anerkennung, und J. Albrecht, Frankfurt, sprach über theoretische und praktische Gesichtspunkte für die Verarbeitung von Blattgold auf Grund von experimentellen Untersuchungen und erläuterte die die Goldfülltechnik beherrschende Methode.

Zahnarzt Mohr, Düsseldorf, betonte die Bedeutung der ganzen Körperhygiene und kritisierte die sinnlose Anwendung antiseptischer Mundwässer. Eine reichhaltige Sammlung, größtenteils selbst erdachter Regulierungen hatte E. Herbst, Bremen, ausgestellt, die die Behandlung von Anomalien in der Zahnstellung und die behinderte Nasenatmung betrafen.



II. Literaturauszüge.

Beiträge zu den Grenzgebieten der Chirurgie und Hysterie. Von Dr. Adler.

Die wichtige Tatsache, daß die Hysterie fast alle anderen Krankheiten vortäuschen kann, indem sie unter Umständen einen vollständig lokalen, den Eigentümlichkeiten des jeweils befallenen Organs angepaßten Charakter annimmt, ist schon seit Sydenhams Zeiten bekannt.

Es ist auch hinreichend bekannt, daß es in unserem nervösen Zeitalter kaum ein Gebiet ärztlicher Tätigkeit gibt, welches den Arzt nicht zeitweilig in die Lage brächte, sich mit Kombinationen lokaler krankhafter Zustände mit hysterischen Affektionen oder Vortäuschung organischer Störungen durch Hysterie befassen zu müssen.

Auch für den Chirurgen sind die Beziehungen zwischen hysterischen und chirurgischen Krankheitszuständen von um so größerer Bedeutung, als durch ein Verkennen der hysterischen Grundlage eines Leidens, durch unnötige Operationen selbst unter Voraussetzung des günstigsten Heilungsverlaufes an der Wunde für den Allgemeinzustand des Kranken eher ein Schaden als ein Nutzen erwachsen kann. Geradezu typisch sind in dieser Hinsicht die nicht eben seltenen Fälle, in welchen Hysterische im Laufe der Jahre ein Krankenhaus nach dem anderen aufsuchen und es ihnen in ihrer passiven Operationswut gelingt, einen Chirurgen nach dem anderen durch Vortäuschung schwerster Krankheitsbilder zu operativen Eingriffen zu verleiten, nach welchen ihr Zustand sich meist noch verschlimmert, bis sie schließlich in den Hafen der Irrenanstalt einlaufen, in welche sie tatsächlich gehören. Ist es dann zu verwundern, wenn den Psychiatern bei der Aufnahme der Anamnese sich die Vermutung aufdrängt, daß die zahlreichen großen operativen Eingriffe auf die stetig zunehmende Verschlimmerung des hysterischen Zustandes nicht ohne Einfluß gewesen sein dürften?

Möge daher der Chirurg stets dessen eingedenk sein, daß es hysterische Kranke gibt, welche mit staunenswertem Geschick und unglaublicher Hartnäckigkeit einen Chirurgen nach dem anderen als Opfer ihrer raffinierten Täuschungskünste sich ausersehen!

Auf der anderen Seite besteht doch auch bei manifester Hysterie die große Gefahr, daß eine gleichzeitig bestehende chirurgische Erkrankung irrtümlicherweise als Teilerscheinung der Hysterie angesehen und deshalb der erforderliche, unter Umständen lebensrettende operative Eingriff unterlassen wird. Wie schwer es in solchen Fällen selbst für den Erfahrensten oft ist, die Entscheidung zu treffen, welche Störungen auf das Konto der Hysterie zu setzen und welche als organische zu betrachten seien, das ist ja gleichfalls genügend bekannt.

Auf die Frage des hysterischen Fiebers möchte Adler an dieser Stelle nur kurz eingehen. Bekanntlich ist die Frage, ob es ein essentielles hysterisches Fieber überhaupt gibt, bis auf den heutigen Tag noch eine offene. Die überwiegende Mehrzahl der publizierten Fälle von hysterischem Fieber vermag einer strengen Kritik nicht standzuhalten. So lange eben nicht durch die Autopsie jegliche organische Grundlage des Fiebers ausgeschlossen ist, wird man stets mit der Möglichkeit einer organischen Grundlage des Fiebers rechnen müssen. Kausch unterscheidet in seiner Abhandlung über das hysterische Fieber:

1. Reines essentielles Fieber, das heißt Fieber mit allen zum Fieber gehörigen Begleiterscheinungen.
2. Hyperthermie, das heißt Temperatursteigerung ohne die sonstigen Fiebersymptome.
3. Pseudosymptomatisches Fieber, bei welchem alle Symptome auf eine febrile organische Erkrankung hindeuten, während in Wirklichkeit keine solche besteht (z. B. hysterische Pseudomeningitis, Pseudoappendizitis usw.).
4. Hysterisches Scheinfieber, bei welchem die Kranken febril aussehen, subjektives Fiebergefühl haben, während das Thermometer normale Temperatur ergibt.

Gerade bei den Kranken der letztgenannten Kategorie erscheint es noch am ehesten verständlich, wie sie auf den Gedanken verfallen können, durch Reiben am Thermometer oder ähnliche Manipulationen die Körpertemperatur in Einklang mit ihrem subjektiven Fiebergefühl zu bringen.

Zahlreiche Autoren, wie Kraft-Ebing, Ughetti, Briquet, Dippe, Toussot, Rivière, Sarbo, Déjèrine, Kausch, Hale, White erkennen das hysterische Fieber an.

Im Gegensatze hiezu fehlt es nicht an Autoren, welche der Frage der Existenz eines hysterischen Fiebers sehr skeptisch gegenüberstehen, beziehungsweise die Existenz eines solchen überhaupt bestreiten und jedes derartige Fieber auf Täuschung beruhend ansehen (Jolly, v. Strümpell, Pinard, Grisoll, Schultze u. a.). Im ganzen sind es nach Kausch vielleicht sechs Fälle, welche man bei streng kritischer Prüfung der einschlägigen Literatur als reine Hyperthermie auf hysterischer Basis gelten lassen kann. Aber selbst der von Kausch beschriebene und für das hysterische Fieber in Anspruch genommene Fall scheint Adler nicht voll beweiskräftig. Denn wenn eine Hysterika nach einer Laparatomie fiebert und die Relaparatomie keinen Anhalt für dieses Fieber ergibt, so ist damit noch nicht die Möglichkeit ausgeschlossen, daß ein in der Bauchhöhle oder anderweitig versteckter Fieberherd übersehen wurde.

Für die Frage der Existenz eines hysterischen Fiebers vermag auch Adler kein positives Material beizubringen. In den drei von Adler beobachteten Fällen schwand das Fieber bei Übergang zur Rektalmessung unter der erforderlichen Kontrolle. Solche Fälle sind wohl jedem schon begegnet und Adler veröffentlicht sie nur deshalb, weil sie dadurch ein gewisses Interesse zu bieten schienen, daß in allen drei Fällen das „Fieber“ sich unmittelbar an chirurgische Eingriffe angeschlossen hat und zunächst auf eine Störung im Wundverlauf hinwies. Daß solchen Fällen eine gewisse praktische Bedeutung zukommt, erscheint um so mehr begreiflich, als ein tatsächlich bestehendes Wundfieber bestimmte Maßnahmen erheischt, welche wir selbstverständlich unterlassen werden, wenn wir wissen, daß das Fieber hysterischer Natur, beziehungsweise von einem Hysterischen vorgetäuscht ist. Eine solche Täuschung ist wohl nicht so leicht möglich, wenn der Kranke die Stigmata der Hysterie hinreichend ausgeprägt zur Schau trägt. Das war aber bei seinen Kranken nicht der Fall, auch haben sie vor der Operation nicht gefiebert. Gewiß hat man bei bestehendem Zweifel an der Reellität des Fiebers neben den vom Arzte vorzunehmenden Kontrollmessungen im After am Verhalten des Pulses, der Hauptwärme, der Atmung, des Urins usw. wertvolle Anhaltspunkte. In praxi wird aber doch der Verdacht auf Täuschung bei uns meist erst dann rege, wenn auf Grund des gesamten Verhaltens des Kranken, auf Grund negativer Operationsergebnisse oder normalen Befundes an der Wunde an die Möglichkeit einer Täuschung gedacht wird. Bis dahin wird die Messung in der Regel dem Wartepersonal in den Krankenhäusern überlassen.

Schließlich darf auch nicht vergessen werden, daß auch Puls und Atmung im Moment der Prüfung durch den Arzt bei den leicht erregbaren Hysterischen beschleunigt sein können — sind doch bekanntlich anfallsweise auftretende Pulsbeschleunigungen eine sehr häufige Erscheinung bei Hysterie — und daß eine für das Gefühl unserer Hand normale Hautwärme noch nichts gegen die Existenz tatsächlichen Fiebers beweist.

Im I. Falle handelte es sich um eine Kranke, welche Adler als fleißige, pflichttreue Arbeiterin persönlich bekannt war, ganz und gar nicht die Stigmata der Hysterie darbot, doch ist kaum zu bezweifeln, daß es sich hier um einen jener nicht seltenen Fälle handelt, in welchem hysterisch veranlagte Individuen durch irgendwelche Manipulationen das Fieber vortäuschen. Welcher Art diese Manipulationen waren, konnte nicht festgestellt werden. Das hauptsächliche Interesse des Chirurgen an derartigen Fällen liegt in dem Auftreten des Fiebers im Anschluß an einen größeren operativen Ein-



griff. Der Zeitpunkt des Einsetzens des Fiebers und der Fieberverlauf im Verlauf mit den Wundschmerzen hätten wohl jeden zunächst an eine eingetretene Wundinfektion denken lassen. Hätten wir das durch eine Hysterika vorgetäuschte Fieber als solches rechtzeitig erkannt, so wäre die Abnahme des großen Gipsverbandes und die Wiedereröffnung der Wunde, welche so leicht den aseptischen Wundverlauf und das gesamte Resultat in Frage stellen konnten, jedenfalls unterblieben.

Ebensowenig wie im ersten Falle ist es im II. Falle gelungen, die Motive und die Art, wie die Täuschung durch die Patientin vorgenommen wurde, zu eruieren. Der Betrieb größerer Krankenhäuser bringt es leider mit sich, daß man Temperaturmessungen zunächst dem Pflegepersonal überlassen muß. Hätten wir die Täuschung früher erkannt, so wäre hier die operative Eröffnung der Stirnhöhle unterblieben. Adler muß zugeben, daß in diesem Falle bei Berücksichtigung aller einschlägigen Verhältnisse die Täuschung hätte früher erkannt werden können. Andererseits lehrt aber der Fall auch, wie wenig man sich bei solchen Fällen auf das Pflegepersonal verlassen darf. Trotzdem die Stationsschwester auf die Möglichkeit einer Täuschung durch die Kranke von seiten des Arztes aufmerksam gemacht worden war, ließ sie sich durch die Patientin noch weiter täuschen, bis die vom Arzte persönlich vorgenommene Messung dem „Fieber“ ein plötzliches Ende bereitete.

Auch im III. Falle konnte ein ersichtliches Motiv für das eigenartige Verhalten bei der in den besten Verhältnissen lebenden Kranken nicht eruiert werden, ebensowenig konnte Adler feststellen, durch welche Manipulationen sie das Fieber produziert hat. Daß man bei solchen Kranken die nicht unbedingt nötigen operativen Eingriffe am besten ganz unterläßt, bedarf wohl keiner näheren Begründung.

Während die bisher beschriebenen drei Fälle dadurch charakterisiert sind, daß Kranke in unmittelbarem Anschluß an operative Eingriffe Fieber vortäuschen, dadurch Störungen im Wundverlaufe vermuten lassen und zu unzweckmäßigen, ihnen unter Umständen schädlichen Maßnahmen Veranlassung geben, handelt es sich im IV. Falle um eine Pseudoappendicitis hysterica virilis, welche vor Ausführung der beabsichtigten Appendektomie noch rechtzeitig erkannt wurde. Wir berühren damit eines der wichtigsten und zugleich schwierigsten Kapitel aus den Grenzgebieten der Hysterie und Chirurgie. Denn bei der Häufigkeit der Hysterie sowohl wie der Appendizitis müssen naturgemäß beide Affektionen des öfteren bei einem und demselben Individuum gleichzeitig sich vorfinden. Andererseits erzeugt das Vorkommen eines oder gar mehrerer Appendizitisfälle in einer Familie nicht selten bei suggestiblen Familienangehörigen eine vermeintliche Appendizitis, welche sich sogar endemisch weiter verbreiten kann, so daß nicht mit Unrecht hiefür der neue Krankheitsbegriff der „Blinddarmfurcht“ geprägt wurde. Da sowohl das Fieber als das Erbrechen, Meteorismus, ileus- und peritonitisähnliche Symptome, Pseudoresistenz der Ileozökalgegend auch auf hysterischer Grundlage zustande kommen können, so wird hieraus ersichtlich, welchen enormen Schwierigkeiten hier der Arzt sich gegenübergestellt sieht. Tatsächlich ereignen sich denn auch auf kaum einem Gebiete mehr diagnostische Irrtümer, als gerade auf diesem, und es ist nur zu bedauern, daß gerade diese lehrreichen Irrtümer so selten publiziert werden. Gerade die in der irrigen Annahme einer bestehenden Appendizitis vorgenommenen Operationen klären — so bedauerlich auch der Irrtum sein mag — in der Mehrzahl der Fälle wenigstens die Diagnose. Aber leider auch nicht immer. Denn wie häufig findet man bei geringfügigen Veränderungen am Wurmfortsatz, von welchen dann schwer zu sagen ist, ob sie das Produkt einer schon abgelaufenen Entzündung sind und die einzige Ursache der Beschwerde gebildet haben. Weder der Erfolg noch der Mißerfolg der Operation beweisen dann etwas Bestimmtes. Wie oft der umgekehrte Fall vorkommen mag, daß die Erkrankung als eine hysterische angesehen wird, während in Wirklichkeit eine Appendizitis vorliegt, darüber gibt die Literatur nur spärliche Auskunft.

Daß es sich bei dem IV. Falle wirklich um einen Fall von Pseudoappendicitis hysterica gehandelt hat, kann keinem Zweifel unterliegen. Die vorausgegangene Nervenerkrankung, die periodisch wiederkehrenden nächtlichen Schmerzanfälle, die Analgesie an den Beinen und die Hyperästhesie der Bauchhaut, die halbseitigen Muskelzuckungen, das Fehlen des Rachenreflexes, der negative lokale Palpationsbefund, die Inkonstanz der Schmerzpunkte und last not least der prompte Erfolg der chirurgischen Suggestionsbehandlung wiesen mit Bestimmtheit auf Hysterie hin.

Trotz des prompten, bisher drei Jahre anhaltenden Erfolges ist Adler aber weit davon entfernt, behaupten zu wollen, daß Patient nunmehr dauernd geheilt sei. Es hieße das komplizierte Wesen der Hysterie arg verkennen, wollte man hoffen, durch einen derartigen Eingriff, welcher die lokalen Beschwerden beseitigen soll, nun auch mit einem Schlage die uns oft so rätselhaft erscheinende Alteration der psychischen Funktionen zu beseitigen. Bei der erhöhten Suggestibilität, der oft hochgradig gesteigerten Affekterregbarkeit und Einbildungskraft der Hysterischen genügen oft schon relativ geringfügige äußere Reize, um im Verlauf des Leidens die verschiedenartigsten lokalen Erscheinungen auftreten zu lassen, welche keineswegs an ein bestimmtes Organ gebunden zu sein brauchen. Man braucht zwar nicht so weit zu gehen, alle körperlichen Störungen bei Hysterischen auf psychische Vorgänge zurückführen zu wollen. Es wird manchmal vorkommen, daß gerade diese körperlichen Störungen für das psychische Verhalten des Kranken bestimmend sind. Daß örtliche Störungen die Entstehung der Hysterie begünstigen beziehungsweise bereits bestehende Hysterie ungünstig beeinflussen können, steht fest, und man wird deshalb allen wirklichen lokalen Erkrankungen stets die gebührende Aufmerksamkeit bei der Behandlung zuwenden müssen. In dem IV. Falle handelte es sich aber gar nicht um eine wirkliche örtliche Erkrankung. Solchen lokalen Erscheinungen bei allgemeinen Neurosen kommt, wie Sternberg treffend ausführt, nur eine „symbolische Bedeutung“ zu. Sie sind der Ausdruck des körperlichen Mißbehagens, der krankhaft gesteigerten Erregbarkeit. Die verschiedensten zufälligen Ursachen können daran schuld sein, daß gerade auf dieses oder jenes Organ durch die krankhaften zentralen Vorgänge der Schmerz projiziert wird, und es bedarf bei diesen so leicht suggestiblen Kranken nur eines geringen psychischen Affektes, um den Schmerz auf andere Organe überspringen zu lassen.

In der Regel werden also lokale körperliche Störungen bei Hysterischen nur als Lokalisation der psychischen Störung zu deuten sein, und nur ausnahmsweise werden sie sich auf die Dauer auf einen Punkt beschränken. Nur so lange letzteres noch der Fall ist, kann man ebenfalls hoffen, durch eine chirurgische Suggestivbehandlung einen Erfolg zu erzielen. Die zahlreichen Mißerfolge bei chirurgischer Behandlung, über welche vielfach von neurologischer Seite berichtet wird, sind im wesentlichen darauf zurückzuführen, daß bei der Auswahl der Fälle diesem Punkte nicht die erforderliche Sorgfalt zugewendet wurde. Zahlreich sind die Fälle der wegen mannigfachster hysterischer Beschwerden laparatomierten Frauen, und fast alle Neurologen und Psychiater stimmen darin überein, daß nach derartigen Operationen sehr häufig statt der zu erwarteten Besserung eine Verschlimmerung einsetzt. Dabei ist es völlig irrelevant, ob der Magen, die Ileozökalgegend oder die Genitalsphäre der vorwiegende Sitz der Beschwerden ist.

Wie soll sich nun der Arzt gegenüber den nicht so seltenen Fällen verhalten, in welchen die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und einer prognostisch ernsten Lokalerkrankung, welche eventuell einen Eingriff erfordert, schwankend bleibt? Da sieht sich der Arzt tatsächlich vor eine recht kritische Alternative gestellt. Adler meint, daß in solchen Fällen ein operatives Vorgehen gerechtfertigt ist. Denn es ist immer noch besser, einmal zu viel, wenn auch unnötigerweise zu operieren, als unter Verkennung einer schweren



örtlichen Erkrankung die rechtzeitige Ausführung des erforderlichen Eingriffes zu versäumen.

Liegt aber keinesfalls eine akut gefahrdrohende Erkrankung vor, so erheischt schon die bloße Möglichkeit einer rein hysterischen Grundlage die größte Reserve in bezug auf operative Maßnahmen. Liegt endlich eine unzweifelhafte Kombination von Hysterie mit örtlicher Erkrankung vor, so läßt sich im allgemeinen nur sagen, daß eine operative Behandlung jedenfalls dann zulässig erscheint, wenn der Eingriff auch bei Fehlen der Hysterie unbedingt nötig sein würde. Bei nicht unbedingt nötigen Eingriffen dagegen wird in jedem Falle sorgsam zu erwägen sein, ob und wieweit die lokale Erkrankung die psychische Alteration ungünstig beeinflußt. Stellen endlich die örtlichen Beschwerden nur eine Lokalisation der Hysterie dar, so wird eine chirurgische Suggestionsbehandlung nur in jenen seltenen Ausnahmefällen in Frage kommen, in welchen es sich um eine solitäre hysterische Lokalisation handelt und der Kranke — sei es durch unvorsichtige Äußerungen von ärztlicher Seite, sei es infolge von Autosuggestion — von der Idee befallen ist, daß nur eine bestimmte Operation ihm noch Heilung bringen könne. Aber auch in diesen seltenen Ausnahmefällen bleibt unbedingte Voraussetzung für die Zulässigkeit des Verfahrens die Ungefährlichkeit des Eingriffs. Ist diese Voraussetzung erfüllt, so stellt diese Art der Behandlung eben nichts weiter als ein Glied in der großen Reihe der Methoden der Suggestionsbehandlung dar, welche ja unter den Behandlungsmethoden der Hysterie die erste Stelle einnimmt.

(Berl. klin. W. 5, 1908.)

*

Die Leitung der Geburt beim platten Becken. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Martin, Berlin. (Schluß.)

Erst wenn die Wehen kräftig werden, wird erkennbar, ob in dem Einzelfall durch dieses Becken die Geburt spontan erfolgen kann. Es wird Ihnen auch in der Praxis gelingen, die Angehörigen zu einer vernünftigen Auffassung der Sachlage zu bewegen. Gut vorgebildete Hebammen stellen sich dann auch auf die Seite des Arztes. — Wenn nun nach scheinbar endloser Geduld die Geburt nicht von der Stelle rückt, wenn sich eine Drehung des unteren uterinen Segmentes durch die Ausbildung des Retraktionsringes bemerkbar macht, die Frau erschöpft ist, auch wohl eine Schwellung der Muttermundslippen bemerkbar wird, erst dann müssen Sie sich entscheiden, ebenso wenn die Herztöne des Kindes schlecht werden, die Temperatur der Mutter steigt. Was sollen Sie nun tun?

Sie vermissen in meinen Ausführungen einen Hinweis auf die Beschaffenheit des Muttermundes und der Weichteile. Darauf hat man früher besonderes Gewicht gelegt. Heute können wir über diesen Punkt ruhiger urteilen, wir können dieses Hindernis leicht durch den Metreurynter oder im Notfall durch die Spaltung der Zervix (Colpo-hystoretomia anterior, vaginalen Kaiserschnitt) ausschalten. Des weiteren wird sehr viel Gewicht darauf gelegt, ob es sich um eine I-para oder eine Multipara handelt. Der Unterschied, der sich zwischen der unzweifelhaft größeren Resistenz der Weichteile, besonders dem Colum uteri einer I-para und dem schlafferen der Pluripara bildet, wird mehr als ausgeglichen dadurch, daß das erste Kind in der Regel kleiner und weniger derb in seinen Kopfknochen ausgebildet geboren wird als seine nachfolgenden Geschwister.

Handelt es sich um mäßiges Mißverhältnis zwischen Beckeneingang und Kopf, so legen Sie, wenn der Kopf fest im Beckeneingang steht, die Zange an. Achten Sie darauf, daß der Kopf von den Zangenlöffeln ordentlich quer gefaßt wird, daß die Zangenlöffel sich an den Seiten des Kopfes exakt gegenüberliegen, so daß sie leicht ins Schloß fallen. Dann ziehen Sie in Walcherscher Hängelage (bei herabhängenden Beinen der Frau) energisch in erster Position nach unten; Sie werden auf diese Weise mäßige Mißverhältnisse, wenn auch nicht gerade leicht, so doch glücklich überwinden.

Steht der Kopf beweglich über dem Beckeneingang, dann machen Sie die Wendung. Wenn Sie nach Entwickelung des Rumpfes und der Hände das Köpfchen zwischen der eingeführten Hand (Mittelfinger auf der Zungenwurzel, nicht am Kiefer) und der außen aufgelegten kräftig nachdrückenden Hand in das Becken hineinschieben, so werden Sie auch bei nicht allzu großem Mißverhältnisse das Kind lebend entwickeln, zumal wenn Sie mit dem auf der Zungenwurzel liegenden Mittelfinger das Gesicht des Kindes herunterziehen. Ist neben dem Promontorium in der Seite des Beckens genügend Raum, so können Sie den breiten Hinterkopf von außen da hineindrängen und durch das Becken hindurch schieben. Ich vermeide dabei den Zug von unten soviel als möglich.

Haben Sie erkannt, daß das Mißverhältnis ein größeres ist, so gibt die Leitung der Entbindung in der Hand eines operativ gewandten Geburtshelfers und dem Schutze entsprechender klinischer Asepsis, die Möglichkeit, Mutter und Kind glücklich über die Schwierigkeit hinwegzubringen. Wer vor eine solche Aufgabe gestellt ist, ohne diesen Voraussetzungen zu entsprechen, tut gut die Frau dem erfahreneren Kollegen und der Klinik zuzuführen. Hier kommen Hebosteotomie, Sectio caesarea in Frage.

In der allgemeinen Praxis, bei Undurchführbarkeit einer solchen Überführung, insbesondere auch bei der Ungewißheit über die Wahrung der Asepsis, bleibt auch heute noch die Perforation des Kindes, selbst wenn es noch lebt, als der einzige Ausweg.

Wir Kliniker widerstreben diesem Notbehelfe. Ich selbst habe in den letzten 30 Jahren meiner geburtsreichen Tätigkeit kein lebendes Kind perforiert. Unter den genannten Umständen aber bleibt diese Operation auch heute dem in der Praxis allein Stehenden, wenn ihm die genannten Aushilfen nicht zur Verfügung stehen, der gegebene Ausweg.

Wir setzen bis jetzt voraus, daß sich im Geburtsverlauf keine Komplikationen von seiten der Mutter oder des Kindes bemerkbar machten, daß nicht jene verhängnisvollen Störungen, wie Eklampsie, Placenta praevia dazwischen treten, daß sich nicht ein Resorptionsfieber bemerkbar macht. In diesen Fällen heißt es den Uterus rasch entleeren. Da treten diese Komplikationen, je nach der Art ihrer Entwicklung, in den Vordergrund der therapeutischen Aufgabe. Soweit dabei das Becken in Betracht kommt, wird der operativ Geschulte, insbesondere bei klinischer Vorbereitung, immerhin noch oft in der Lage sein, das Kind lebend zu entwickeln. Hier kommt die Modifikation des Kaiserschnittes nach Franck oder neuerdings nach Sellheim in Frage. In der Praxis des auf sich selbst Angewiesenen muß auch in solchen Fällen noch die Perforation als berechtigt anerkannt werden. Ich hoffe, daß mit zunehmender Schulung der Geburtshelfer und der Ausbildung des Krankenhauswesens auch unter solchen Verhältnissen dieser traurige Ausweg immer mehr entbehrlich wird.

Was sollen Sie nun für das nächste Mal ins Auge fassen, wenn die Frau wieder schwanger wird? Sollen Sie die Frühgeburt empfehlen oder sollen Sie es auch das nächste Mal darauf ankommen lassen, wie sich Mutter und Kind zur Geburt stellen. Unzweifelhaft ergibt eine aseptisch eingeleitete Frühgeburt gute Resultate. Die Schwierigkeit bleibt die exakte Bestimmung des Termins; nur zu häufig irren sich auch sehr Erfahrene über das Entwicklungsstadium des Kindes (34. bis 36. Woche). Auch Zwillinge geben zuweilen Veranlassung zu Fehldiagnosen. Seine Zweifel an dem Wert der Frühgeburt werden besonders durch die Beobachtung der späteren Entwicklung der künstlich frühgeborenen Kinder mehr und mehr verschärft. Gerade diese Kinder sieht M. auffallenderweise in einer Reihe von Beispielen bis weit in die zweite Lebensdekade hinein schwächlich an Körper und Geist sich entwickeln.

Mehr und mehr neigt M. auch in diesen durch Beckenenge und übermäßige Entwicklung der Kinder sehr erheblich komplizierten Fällen dazu, daß es für Mutter und Kind besser ist, unter Wahrung strengster Asepsis einem erprobten



Geburtshelfer wenn möglich in einer Klinik die Leitung der Geburt zu übertragen, damit er eventuell durch die Erweiteruug des Beckens oder durch die Anlegung eines künstlichen Ausweges Mutter und Kind in aussichtsvollem Gesundheitszustand erhält! (Mediz. Klinik Nr. 10.)

*

Beitrag zur Wurmkrankheit der Bergleute. Von Doktor Ernst Brandenburg, Oberarzt der Heimstätte Schöneberg in Sternberg.

Die starke Verbreitung des Anchylostomumwurms in den 90er Jahren bei den Bergleuten der Kohlengruben Rheinlands, Westfalens und Schlesiens führte zu genauen Forschungen dieses Wurms und seiner Wirkung, an die sich dann durchgreifende Bekämpfungsmaßregeln anschlossen.

Das Anchylostomum kann im Menschen eine Erkrankung hervorrufen, die unter dem Namen Anchylostomiasis bekannt ist. Sie „kann hervorrufen", es ist nämlich durchaus nicht der Fall, daß Menschen, die das Anchylostomum in ihrem Darm beherbergen, erkranken. Der größte Teil der Wurmbehafteten leidet überhaupt nicht darunter. Tenholt hat im Jahre 1904 bei 10.202 behandelten Wurmbehafteten nur 4·6% gefunden, die durch den Wurm gelitten haben. Todesfälle werden von Tenholt weniger als 0·5‰ berechnet. Löbker berichtet in den Jahren 1893—95 zwei Todesfälle an Anchylostomiasis, Tenholt 1898 einen, 1901 fünf, 1902 einen.

Die Anchylostomiasis soll folgende krankhafte Erscheinungen zeigen: Schmerzen in der Magen- und oberen Bauchgegend, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen. Appetitlosigkeit, Allotriophagie, hartnäckige Verstopfung, zuweilen Durchfall, Blut im Stuhlgang und Magenerweiterung. Im weiteren Verlauf der Krankheit zeigt sich dann zunehmende Blutarmut mit den üblichen Erscheinungen der sekundären Anämie.

Als Abtreibungsmittel gelten Extractum filicis und Thymol. Hauptsächlich wird das erstere benutzt. Viele sonstige Mittel sind angepriesen und versucht worden, aber keins derselben hat bei genauer Nachprüfung Erfolge zu verzeichnen gehabt.

Bei der außerordentlich gründlichen bisherigen Erforschung der Naturgeschichte des Anchylostomum konnten Brandenburgs Laboratoriumsversuche in dieser Beziehung nur Lernen des Bekannten sein. Nur möchte er bemerken, daß auch er niemals eine doppelte Chitinhülle des Eies feststellen konnte. Auch der Sahlische Versuch mit Essigsäure bestätigt das Vorhandensein einer einfachen Chitinhülle. Sahli fand nämlich, daß, wenn er das Ei des Oxyuris vermicularis mit Essigsäure benetzte, daß sich ein äußeres Blatt der Eischale von einem inneren abhob, was beim Anchylostomumei nie der Fall war. (Fortsetzung folgt.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".
Sitzung vom 25. Juni 1908.
Innere Sektion.

Karl Wirth zeigt einen Fall von Tetanie nach Phosphorvergiftung. Diese begann bei der 31jährigen Frau am dritten Tage.

Ludwig Braun demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Ausheilung einer Trikuspidalinsuffienz. (Hundeherz.)

Hermann Schlesinger stellt einen Fall von Sklerodomie bei einem 60jährigen Manne vor. Als Ursache kann eine starke Erkältung angenommen werden. Die Haut beinahe des ganzen Köpers ist verdickt, hart und bräunlich verfärbt. Infolge der Rigidität der Haut ist das Atmen erschwert, das Gesicht ist maskenartig, auch bestehen Schwierigkeiten beim Schlucken. Therapeutisch wurden Thyreoidea und Massage angewendet, unter dem Einflusse der letzteren ist der Prozeß bedeutend zurückgegangen. Ferner zeigt Schlesinger einen 46jährigen Mann mit intermittierendem Hinken. Vor fünf Jahren Phlebitis der unteren Extremitäten mit nervösem Kollateralkreislauf der Bauchhaut, was für einen Verschluß der V. cava inf. oder beider V. iliacae spricht. Seit einigen Monaten bekommt Pat. nach 10 bis 15 Minuten langem Gehen ein Schwächegefühl und Schmerzen im rechten Bein, welche nach kurzem Stehen oder Sitzen verschwinden. Der Puls ist in beiden A. femorales vorhanden, in der linken A. dorsalis pedis fehlt er. Nicht alle Fälle von intermittierendem Hinken hängen mit Arteriosklerose zusammen, hier scheint vielleicht ein Zusammenhang mit Stauungsvorgängen zu bestehen.

Karl v. Stejskal hat Fälle von Venenthrombose an den unteren Extremitäten gesehen, wo es zu einer Schwerbeweglichkeit der Beine und zu abnormer Ermüdbarkeit gekommen ist.

Wolfgang Pauli erinnert, daß Erb einige Fälle von Claudicatio intermittens bei Varizes der Beine beschrieben und als Gegenmittel Bandagieren empfohlen hat.

Ludwig Hofbauer weist darauf hin, daß nach Scheffer beim Frosch der Symptomenkomplex des intermittierenden Hinkens bei experimentell erzeugten Störungen der Lymphzirkulation und der Venenströmung auftritt. Vielleicht könnte dies zur Erklärung des vorgestellten Falles herangezogen werden.

Robert Latzel stellt einen Mann mit Situs viscerum inversus vor.

Julius Flesch demonstriert eine 25jährige Frau mit Sklerodermie. Es besteht folgender Zustand: Pat. wurde kleiner und magerte ab, die Haut ist stellenweise verdickt, an anderen Stellen perlmutterglänzend, im Gesichte finden sich pigmentierte und daneben pigmentlose Flecken. Die Finger befinden sich in Krallenstellung und sind infolge der Schrumpfung der Haut und der Beugemuskulatur schwer beweglich. Die Sensibilität ist normal. In der Subkutis der Nates und in den Adduktorensehnen sind symmetrisch angeordnete Tumoren zu tasten, welche bei Röntgenbeleuchtung einen Schatten geben. Außerdem scheint eine Affektion der Blutdrüsen vorzuliegen.

Wilhelm Falta hat in einem Falle von Sklerödem ebensolche Kontrakturen und Tumoren um die Sehnen beobachtet: letztere brachen nach außen durch, sie bestanden aus Ablagerungen von kohlensaurem Kalk.

Josef Mayr demonstriert ein anatomisches Präparat von Mediastinaltumor von einem 17jährigen Mädchen.

Diskussion zum Vortrage von Julius Bartel: Über die hypoplastische Konstitution und ihre Bedeutung.

Theodor Escherich ist der Ansicht, daß man in den Veränderungen des lymphatischen Apparates das wesentlichste Moment des Status lymphaticus nicht sehen dürfen, das Hauptsächlichste ist die geringe Widerstandsfähigkeit solcher Individuen. Man muß annehmen, daß die Hypertrophie des Lymphgefäßsystems nur eine Teilerscheinung des Status lymphaticus ist, welcher als eine angeborene Anomalie anzusehen ist. Der leichtere Zustand des Status lpmphaticus, der Lymphatismus, ist im früheren Kindesalter häufig und verbindet sich oft mit Rachitis, Tetanie und Skrofulose.

Josef Friedjung glaubt, daß, wenn die hypoplastische Konstitution so häufig ist, wie es Vortr. angibt, und bei der Annahme der Tuberkulose und Lues als ihrer häufigsten Quellen, so hätte sie ihren Wert für die Erklärung von seltenen, aber charakteristischen klinischen Vorkommnissen, wie z. B. von plötzlichen Todesfällen nach geringfügigen Eingriffen, eingebüßt. Redner habe schon vor Jahren die Vermutung ausgesprochen, daß der Status lymphaticus als eine chronische Vergiftung aufgefaßt werden könne, auf die der Organismus mit der Hyperplasie des lymphatischen Apparates antwortet.

Julius Bartel erwidert, daß er nur eine Reihe von Beobachtungen beschrieben und mit aller Reserve seine subjektive Anschauung ausgesprochen hat, da die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind. *I. M.*



IV. Literatur.

Handatlas der Zystoskopie von Dr. Otto Kneise. 64 Blätter in Dreifarbendruck nach Aquarellen des Verfassers mit erläuterndem Text und einführenden theoretischen Betrachtungen nebst einigen Abbildungen innerhalb des Textes. Halle a. Saale. Gebauer-Schwetschke Druckerei, 1908. Preis 25 Mark.

Der vorliegende Handatlas ist wohl der schönste, der seit Einführung der Zystoskopie erschienen ist. Erklärlich erscheint dieses Lob nur dadurch, daß der Autor sowohl wissenschaftlich wie künstlerisch auf einer bedeutenden Höhe steht, in einer Person den Fachmann wie den begnadeten Künstler repräsentiert. Kneise ist Gynäkologe, ein Schüler von Bumm, dem er auch das Buch gewidmet hat, beschäftigte sich an der Klinik viel mit der Blasenbeleuchtung, allmählich von dem speziell gynäkologischen Gebiete auch zur Urologie im weiteren Sinne übergehend, fand er Gelegenheit, reiches Material auch von männlichen Blasenbildern zu sammeln. Kneise ist aber auch ein Künstler, denn alle die hier gebrachten Bilder sind von ihm selbst in Aquarell oder Gouache vor dem Zystoskop ausgeführt, derart, daß das Beschauen derselben vom Standpunkte der Ästhetik allein, ohne Rücksicht auf die Deutung des Bildes, einen reinen Genuß bietet. Inhaltlich führt sich das Buch mit einer theoretischen Erörterung des Wesens, der Bedeutung und der Ausführung der Zystoskopie ein, wobei sehr gute zweckmäßige Winke über die praktische Durchführung der Methode, über die optischen Verhältnisse usw. gebracht werden. Dieses Kapitel für sich zeigt den Fachmann, der aus eigenem Fleiß wie durch gründliche Literaturkenntnis das vollkommene Beherrschen einer wichtigen Methode erlernt hat. Daß die Zystoskopie nämlich wichtig ist, dürfte heute wohl unbestritten sein. Umso befremdender wirkt es — und das ist die einzige Einschränkung, die Ref. sich erlauben möchte —, daß der Autor bei jeder Gelegenheit die Bedeutung der Zystoskopie hervorhebt, als ob es sich hier um eine ganz neue, in weiteren Kreisen vernachlässigte oder angefeindete Methode handeln würde. Nur nach dieser Beziehung wäre weniger mehr gewesen.

Der Gegenstand selbst in der Weise angeordnet, daß zunächst das endoskopische Bild der normalen Blase besprochen wird, sodann in 3 Tafeln auf 17 Abbildungen wiedergegeben. Neben jeder Tafel ist eine textliche Erläuterung der einzelnen Bilder, die jedes Detail, die Stellung des Instrumentes usw. berücksichtigt. Die Bilder sind sowohl in ihrer Farbenpracht als in der Detailausführung ausgezeichnet gelungen.

Die pathologischen Veränderungen der Blase leitet der Autor durch die Entzündungen der Blase (Tafel IV—VI, Abbildung 18—31) ein, bringt sodann die Prostatahypertrophie (Tafel VII, Abbildung 32—37), die Blasensteine (Tafel VIII, Abbildung 38—43), die Blasentumoren (Tafel IX—X, Abbildung 44—51), endlich verschiedene Bilder, wie Zystokele, Blasenscheidefistel, Blasenrektumfistel, implantierte Ureteren, inkrustierte Ligatur (Tafel XI—XII, Abbildung 52—58), endlich den Gang eines Ureterenkatheterismus (Tafel XIII, Abbildung 59—64), der im Bilde eine instruktivere Anleitung dieses Eingriffes gibt, als es die besten theoretischen Beschreibungen vermögen. Zum Schlusse folgen die Krankengeschichten derjenigen Fälle, die den einzelnen Bildern entsprechen.

Der Atlas ist, wie eingangs erwähnt, der schönste, den wir besitzen. Er ist vom Verleger verschwenderisch ausgestattet und wird sich viele Freunde erwerben.

R. Grünfeld.

III. Aus der Praxis.

Im Anschlusse an sechs Fälle von **Darminvagination** bespricht Haeberlin die verschiedenen Behandlungsmethoden. Auf jeden Fall soll sich der Arzt nicht auf die Natur allein verlassen und sich mit einer Diagnose wie Gastroenteritis oder Kolikschmerzen zufrieden geben. Sobald die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Invagination gestellt ist, muß sofort zielbewußt gehandelt werden. Bei akutem Auftreten sterben bei Kindern am 1. Tag 4%, am 2. Tag 18%, am 3. Tag 26% und am 4. bis 7. Tag 35%; nur 10 erreichen die zweite Woche. Gelingen die bekannten konservativen Repositionsmethoden: Einblasen von Luft und Eingießen von Wasser ins Rektum nicht, so tritt die manuelle Massage in ihr Recht. Auch diese Theorie darf nicht zu hoch angesetzt werden, da subjektive Besserung und Schwinden des Tumors oft eine Reduktion der Invagination vorgetäuscht haben. Am besten sind die Resultate der Frühoperation; daher kann nicht dringend genug geraten werden, die kostbare Zeit nicht durch Warten unnütz verstreichen zu lassen. Von den sechs operierten Fällen gehörten zwei dem Kindesalter an, ein drei Monate altes Kind starb, ein dreijähriger Knabe, bei welchem ein Meckelsches Divertikel eingestülpt war, wurde geheilt. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärtze 1908, Nr. 7 u. 8.)

Zur Behandlung der übertragbaren Genickstarre mit Meningokokkenserum. Arnold verwendete das Jochmannsche und das Ruppelsche Serum in vier Fällen. In jedem der mitgeteilten Fälle war die günstige Wirkung der Seruminjektionen deutlich. Gewöhnlich wurden 20, zweimal 30 cm^3 intralumbal injiziert; darauf sank die Temperatur lytisch ab und das Befinden besserte sich. Die Nebenwirkungen waren unbedeutend, nur einmal trat Blasen- und Mastdarmlähmung ein, die nach einer Woche zurückgingen. Dem Jochmannschen Serum ist somit ein heilender Einfluß auf den Verlauf der Genickstarre nicht abzusprechen. Arnold fand, daß sich durch Verabreichung von Salzsäure in einer Reihe von Fällen das im Gefolge der Meningitis (besonders in protrahierten Fällen) auftretende Erbrechen, das jede Nahrungsaufnahme erschwert, in leichteren Fällen die Appetitlosigkeit erfolgreich bekämpfen ließ, während durch Morphium, das die Entleerung des Magens verzögert, dieses Symptom eine Verschlimmerung erfuhr. In mehreren Fällen wurde durch epidermatische Anwendung von Guajakol binnen einigen Tagen Rückgang des Fiebers und der meningitischen Krankheitserscheinungen erzielt. (Zbl. f. i. Med. 1908, Nr. 20.)

Zur **Symptomatologie, Prognose und Therapie der akuten Veronalvergiftungen** berichtet Steinitz. Es gibt abnorm reagierende Patienten; die Symptome sind Benommenheit, Aufregungszustände, Reflexstörungen, scharlachartiges Exanthem, Oligurie. Im allgemeinen unterscheidet Steinitz drei Grade der Vergiftung: Leichte Vergiftungen mit weniger als 5 *g*, mittelschwere mit 5—10 *g* und schwere, in der Regel tödliche, mit größeren Dosen. Die Symptome beziehen sich fast nur auf das Nervensystem: Tiefer, bewußtloser Schlaf, Pupillen mäßig verengt, reagierend, nur in den schwersten Fällen reflektorische Pupillenstarre, Kornealreflex und Konjunktivalreflex erloschen. Hornhaut eindrückbar, Rachenreflex abgeschwächt, Sehnenreflex in schweren Fällen herabgesetzt. Hautreflexe können fehlen, Muskulatur schlaff, sensible Reize ohne Erfolg, Urin- und Stuhlentleerung aufgehoben oder unwillkürlich. Die Herzaktion gewöhnlich nicht beeinträchtigt, in den schwersten Fällen versagt natürlich auch der Puls und wird, die Atmung aussetzend, stertorös. Oft ist die Körpertemperatur erhöht. Nach der Vergiftung bleiben zuweilen Unbeholfenheit des Ganges, verlangsamte Sprache und Sehstörungen zurück. Die Krankheitsdauer beträgt in leichten Fällen zirka drei, in mittelschweren zirka zehn Tage. Bei der Obduktion der schweren Fälle fand man Hyperämien der Meningen, der Niere und Leber, Magenblutungen. Therapeutisch kommen Magenausspülung, Darmevakuation (Rizinus, Klysmen). Sorge für Diurese und Exzitantien in Betracht. (Ther. d. Gegenwart 1908, Nr. 5.)

IV. Notizen.

Wien. Der ordentliche Professor Dr. Josef Moeller in Graz soll zum nächsten Wintersemester als ordentlicher Professor der Pharmakognosie an die Wiener Universität berufen werden. Die Wiener Universität wird somit vom nächsten Studienjahre an für die Pharma-



kognosie, diese Hauptdisziplin des pharmazeutischen Unterrichtes, eine eigene ordentliche Lehrkanzel besitzen. Diese pharmakognostische Lehrkanzel verbleibt vorläufig in den Räumen der ehemaligen Vogelschen Lehrkanzel im Hauptgebäude der Universität, bis nach Fertigstellung des Neubaues für das histologisch-embryologische Institut die Übersiedlung in die jetzt für dieses Institut verwendeten Räume des vor einigen Jahren eröffneten Gebäudes in der Währingerstraße stattfinden kann, wo sich auch das pharmakologische Institut des Hofrates Meyer befindet.

Frequenzausweis der österreichischen Universitäten für das Sommersemester 1908. Die Universität Wien zählte 6881 Frequentanten. Von diesen gehörten 1428 (nämlich 1198 ordentliche Hörer, 54 ordentliche Hörerinnen, 170 außerordentliche Hörer und 4 außerordentliche Hörerinnen, endlich 2 Hospitantinnen) der medizinischen Fakultät an. — In Innsbruck waren 1051 Studierende inskribiert, davon 180 (170 ordentliche, 10 außerordentliche Hörer) an der medizinischen Fakultät. — Von den 1761 an der Universität Graz Studierenden gehörten 290 (nämlich 275 ordentliche, 11 außerordentliche) Hörer der medizinischen Fakultät an. — Von den 1474 an der deutschen Universität in Prag Inskribierten entfallen 244 (230 ordentliche Hörer und 8 ordentliche Hörerinnen, 6 außerordentliche Hörer) auf die medizinische Fakultät; an der böhmischen Universität mit 3449 Studierenden 446 Hörer (431 ordentliche Hörer und 8 ordentliche Hörerinnen, 7 außerordentliche Hörer). — Die Universität Lemberg wurde von 3517 Studierenden, darunter 242 (203 ordentlichen Hörern und 34 ordentlichen Hörerinnen, 5 außerordentlichen Hörern) Medizinern besucht. — Die Universität Krakau zählte 2567 Studierende, davon 440 (398 ordentliche Hörer und 31 ordentliche Hörerinnen, 4 außerordentliche Hörer, sowie 7 Hospitantinnen) an der medizinischen Fakultät. — Die Gesamtzahl der an sämtlichen österreichischen Universitäten Inskribierten betrug am 31. Mai d. J. 21.499; hievon kamen auf die theologischen Fakultäten 1399, auf die rechts- und staatswissenschaftlichen 9771, auf die medizinischen 3270 und auf die philosophischen 7059 Besucher.

Der V. Zyklus der ärztlichen Fortbildungskurse in Wien findet in der Zeit vom 19. bis 31. Oktober 1908 statt. Derselbe umfaßt die Pathologie und Therapie des uropoetischen Systems, die Haut- und venerischen Krankheiten. Es werden lesen: I. Hofrat Prof. Hochenegg über Nierenchirurgie (12 Stunden). II. Prof. Finger über die Fortschritte in der Luesforschung und deren Bedeutung für Diagnose und Therapie (6 Stunden); Privatdozent Dr. L. Freund über Lichttherapie (4 Stunden); Assistent Dr. R. Müller über Theorie der Serodiagnostik der Lues (2 Stunden); Priv.-Doz. Dr. M. Oppenheim über Blenorrhoe (4 Stunden). III. Prof. Riehl über Hautkrankheiten (12 Stunden). IV. Prof. v. Frisch, gemeinsam mit Prof. L. v. Frankl-Hochwart, Urologie (12 Stunden). V. Prof. O. Zuckerkandl über moderne urologische Untersuchungsmethoden (12 Stunden). Die ausführlichen Programme mit Zeitangabe werden im Monate September 1908 ausgegeben werden.

Personalnachrichten. Dem praktischen Arzte Dr. Anton Dworzak in Königsberg wurde in Anerkennung seiner vieljährigen und ersprießlichen Tätigkeit im schlesischen Landes-Sanitätsrate anläßlich seines Scheidens aus diesem Fachrate die weitere Führung des Titels eines Sanitätsrates gestattet.

V. Eingesendet.

Der Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes versendet folgenden

Aufruf an die Ärzteschaft aller Völker.

Der auf dem XI. Internationalen Kongresse gegen den Alkoholismus zu Stockholm im Jahre 1907 gegründete Internationale Verband abstinenter Ärzte richtet an die Ärzte aller Zungen die Aufforderung, sich zu gemeinsamer Tätigkeit zu vereinigen, um die Völker vom Alkoholismus zu befreien. Er begründet diesen Appell durch nachfolgende Leitsätze:

1. Eine außerordentlich große Zahl der Übel, die wir beklagen, ist und wird herbeigeführt durch die Wirkungen des Alkohols, in welchem Getränke er auch genossen werden mag.

2. Der ärztliche Stand hat die besondere Pflicht, die Völker darüber aufzuklären.

3. Dauert die Herrschaft des Alkolgenusses an, so werden auch die Folgen, wie sie uns die bisherige Geschichte des Menschengeschlechtes lehrt, stets dieselben sein: Demoralisation, Entartung von Individuen und Völkern.

4. Alle geistigen Getränke sind für jede Art von Lebewesen überflüssig, ein Bedürfnis nach ihnen besteht nur da, wo es künstlich wachgerufen worden ist.

5. Alle normalen Organismen vollführen ihre Funktionen besser ohne Alkohol, besonders gefährlich ist er aber für die jungen und wachsenden Gewebe.

6. Für die Bewahrung der künftigen Geschlechter ist es nötig, sich der geistigen Getränke zu enthalten, da nur durch die weitverbreitete Abstinenz der Alkoholismus mit seinen Folgen auf das möglichst geringe Maß beschränkt werden kann.

Aus diesen Gründen fordern wir im Internationalen Verbande abstinenter Ärzte vereinigten Ärzte unsere Berufsgenossen aller Länder auf, sich mit uns zur Bekämpfung des Alkoholismus zu verbünden und folgenden Aufruf mit zu unterzeichnen:

Aufruf von Ärzten aller Länder

an alle Herrscher, Regierungen, Volksvertretungen, an alle Erzieher, Lehrer und Geistlichen, an alle, denen die Wohlfahrt unseres Geschlechtes und der künftigen Geschlechter am Herzen liegt!

Wir, die wir dem ärztlichen Stande angehören und durch unsere Studien besonders befähigt sind, das Wesen und die Wirkungen der geistigen Getränke zu erkennen und zu beurteilen, erklären es für unsere feste Überzeugung, daß diese Getränke durchaus unnötig und überaus schädlich sind, sowie daß die Übel, die aus dem Genusse der geistigen Getränke erwachsen sind und immer noch entstehen, ausgerottet und verhindert werden können und müssen. Vor allem soll die Jugend auf jede mögliche Weise unterrichtet und durch das Beispiel erzogen, sowie auch durch Gesetze beschützt werden, damit sie sich des Genusses der geistigen Getränke enthalten lernt.

Wir erklären, daß nach unserer Überzeugung dieser Weg beschritten werden muß, um eine nüchterne Welt zu schaffen und Glück, Wohlfahrt und Fortschritt der Völker zu fördern und zu sichern.

Dr. Holitscher m. p., Pirkenhammer. — Dr. Santesson m. p., Stockholm.

Dr. Ridge m. p., Enfield. — Dr. Laitinen m. p., Helsingsfors. — Dr. Olrik m. p., Frederiksvaerk.

Dr. Stein m. p., Budapest. — Dr. Vogt m. p., Christiania.

Alle jene Kollegen des deutschen Sprachgebietes, die, ohne einer Abstinenzorganisation anzugehören, diesem Aufrufe zustimmen und gewillt sind, dies dadurch zu bekunden, daß sie ihn unterfertigen, werden gebeten, die Einwilligung dazu, daß ihr Name daruntergesetzt werde, vermittels einer Postkarte dem Schriftführer des Verbandes Dr. Holischer in Pirkenhammer bei Karlsbad zu erteilen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner**, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise: Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—. Für Deutschland ganzjährig 20 Mark. Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs. Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.

Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47. Telephon Nr. 3511/IV. Postsparcassen-Conto Nr. 839.072. Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47. Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 37. Wien, 12. September 1908. Nr. 37.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Aphorismen zur Therapie der Bleichsucht.

Von **Sanitätsrat Dr. Beerwald**, Bad Altheide und Berlin.

(Fortsetzung.)

Eine Verminderung der Oxydationsvorgänge im Körper vermindert unbedingt auch die Leistungsfähigkeit der blutbildenden Organe und erschwert denselben, ihre Aufgabe so zu erfüllen, daß das einzelne Hämoglobinmolekül genügend mit Eisen versehen wird. Sicherlich haben auch schon andere Forscher diese Überlegung angestellt, denn sonst würde man nicht so mannigfache, anders lautende Begründungen für die Chlorose haben, und vor allem hat sich Grawitz auf einen ganz anderen Standpunkt gestellt, indem er die Hämoglobinarmut des Blutes wohl als das konstanteste Symptom der Krankheit anerkannte, aber diese selbst als eine vasomotorische Neurose aufgefaßt wissen will. Dadurch scheint mir indessen nur eine besser gestützte Theorie, als welche ich die Hämoglobintheorie bezeichnen möchte, mit einer schwächeren vertauscht, und unbedingt hat Grawitz seine Ansicht nicht so zu fundamentieren vermocht, daß man ihm nicht entgegnen kann: Warum sollen denn die nervösen und vasomotorischen Erscheinungen die Ursache sein und die Hämoglobinarmut die Folge? Für wertvoller als dieses Spielen mit Ursache und Wirkung dürften in den vortrefflichen Grawitzschen Arbeiten über die Chlorose seine Beobachtungen sein über die Blutzellen und das scharfe Hervorheben des häufig gestörten Flüssigkeitsaustausches zwischen Lymphsystem und Blutsystem, welcher sich in dem pasteusen und gedunsenen Aussehen vieler Bleichsüchtigen schon äußerlich markiert. Dieses Moment ist doch für die Therapie sehr bestimmend, ebenso wie die bisher noch sehr wenig beachtete Forderung, welche für den Zustand der Chlorotischen Notnagel und Clark aus der so häufig hier auftretenden Obstruktion ziehen, und welche in letzter Zeit durch die Arbeiten Metschnikoffs eine unbeabsichtigte Unterstützung gefunden hat.

Sie sehen also, daß wir wohl bestimmte, pathologische Tatsachen bei der Chlorose nachweisen können, daß aber keine dieser Tatsachen als die ursprüngliche und zweifellos ursächliche aufgefaßt werden kann, und dieselbe Ungewißheit gilt auch für die ätiologische Lebensweise der Individuen. Man spricht mit Vorliebe von der unrichtigen körperlichen Erziehung unserer jungen Mädchen, man gibt ihrem Fernhalten von einer genügenden Durcharbeitung der Muskeln in freier Natur, man gibt ihrer an Süßigkeiten sehr reichen und Eiweiß oft sehr armen Ernährung, man gibt endlich ihrer Kleidung und hier vor allem dem die Blutzirkulation und die Atmung hindernden Korsett große Schuld. Daß alle diese hygienischen Fehler eine Rolle spielen und einen Beitrag zur Erkrankung liefern können, ist außer Frage. Aber man darf auch hier die Bedeutung dieser Fehler nicht überschätzen, wenn man auf dem Lande bei dem robust sich entwickelnden und in einfacher Kleidung gehenden Landmädchen schließlich dieselben Krankheitssymptome wie bei der zarten Städterin findet, und wenn man beobachtet, daß bei zwei weiblichen Individuen, die unter den gleichen klimatischen und Ernährungsverhältnissen leben, das eine erkrankt, während das andere gesund bleibt. Diese Verschiedenheiten weisen gleichzeitig darauf hin, daß bei der Behandlung keiner Krankheit so sehr die Individualisierung in jeder Beziehung eine Notwendigkeit ist, als bei der Chlorose, wenigstens so lange, als wir die Chlorose als ein einheitliches Krankheitsbild auffassen, da die Möglichkeit keineswegs ausgeschlossen ist, daß uns mit der Zeit unter Verzicht auf die Einheitlichkeit eine schärfere Differenzierung eine bestimmtere spezifische Therapie gestattet.

In der Therapie der Chlorose möchte ich an die erste Stelle deren physikalisch-diätetischen Teil stellen, zu welchem ich auch den klimatischen und balneologischen rechne, den medikamentösen dagegen erst an zweiter Stelle nennen. Ob nun der verminderte Eisengehalt die wirkliche Ursache des ganzen Krankheitsbildes ist, ob dasselbe auf nervösen Störungen beruht, ist für die Behandlung gleichgültig, da das zu bekämpfende Symptom, welches wir als das Fundamentalsymptom der Chlorose auffassen müssen, die Energielosigkeit jedes einzelnen Körperteiles und also auch des gesamten Körpers ist. Wir müssen in den Körper Anregung, Energie hineintragen, und da das von dem ungenügend arbeitenden Darm aus allein nur in sehr geringem Maße möglich ist, so müssen wir zu diesem Zwecke verschiedene Wege gehen und vor allem auch ein Organ benützen, das



erst in der Gegenwart seine richtige Würdigung gefunden hat, nämlich die Haut. Schon seit lange schwebte, freilich unklar, den Ärzten eine solche Notwendigkeit vor, und noch vor zwanzig Jahren war es fast allgemeiner Gebrauch, ja selbst in der Gegenwart kommt es nicht zu selten vor, daß man die armen Bleichsüchtigen mit kalten Waschungen quälte. Das ist verkehrt. Das bleichsüchtige Individuum produziert so wenig Körperwärme, daß ein Wärmeverlust unter allen Umständen vermieden werden soll, und so anregend auch an und für sich kalte Waschungen sind, so haben sie doch wegen des dabei entstehenden Wärmeverlustes und ihres ungenügenden Reinigungseffektes bei Bleichsüchtigen unter keinen Umständen eine Berechtigung. Allein die heiße Waschung ist hier am Platze, d. h. eine Waschung mit Wasser von 33—36° R, und wenn die heiße Waschung täglich mit genügender Intensität ausgeführt wird, wenn auf sie ein starkes Frottieren der Haut beim Abtrocknen folgt, so wird mit der Zeit stets erreicht werden, daß die vorher weiße schlaffe Haut besser ernährt und kräftiger wird und sich wieder rötet, ein Beweis der für ihre wichtige Aufgabe im Körper notwendigen Durchblutung. Freilich nicht sofort stellt sich dieses günstige Resultat ein. Je nach der Schwere des Falles gehören dazu Wochen bis Monate, aber schließlich wird der Erfolg niemals ausbleiben, soferne man die nötige Geduld verwendet hat. Diese Anregung wird durch die Haut wird unterstützt durch die Anregung, welche man durch Massage oder noch besser durch aktive körperliche Leistungen und eine genügende Inanspruchnahme der Muskulatur in den Körper trägt. Hier gilt aber ebenso wie bei der Waschung das Gebot des Non nocere. (Forts. folgt.)

Feuilleton.

Die Organisation der Still- und Milchkasse in Wien.

Von **Dr. Siegfried Weiß**, Vorstand der Säuglingsfürsorgestellen des Vereines „Säuglingsmilchverteilung“, Wien.

Die Forschungen auf dem Gebiete der modernen Säuglingsfürsorge haben in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht und diesen neuen Zweig wissenschaftlicher Erkenntnis in den Mittelpunkt des Interesses der sozialhygienisch und nationalökonomisch sich betätigenden Kreise gestellt.

Während in Frankreich der Schutz der ersten Kindheit eine Sache des nationalen Ehrgeizes ist und deshalb gefördert wird, um der drohenden Entvölkerung des Vaterlandes vorzubeugen, während dort die Regierung und die private Wohltätigkeit die Säuglingsfürsorge in einer vorwiegend philanthropischen Weise zu lösen versuchen, wurde die gleichnamige Bewegung in Deutschland durch das soziale Pflichtgefühl ins Leben gerufen und hat eine mehr oder weniger rationalistische Richtung auf der Grundlage öffentlicher Gemeinnützigkeit angenommen.

Gewiß waren auch in Deutschland einzelne Anfänge der Säuglingsfürsorge von patriotischen Vereinen ausgegangen, wie z. B. die Gründung der Säuglingsmilchküche der St. Gertrautgemeindepflege durch den Pastor Manchot im Jahre 1889 in Hamburg; ferner die Errichtung der Milchküche des Elisenheimes vom Jahre 1901 in Hamburg, sowie die Errichtung der Milchküchen des vaterländischen Frauenvereines: des Elisabeth-Frauenvereines zu Charlottenburg und ähnliche Gründungen an anderen Orten. Eine Bedeutung jedoch gewann die Säuglingsfürsorge erst dann, als durch die Unterstützungen der deutschen Gemeindeverwaltungen oder sogar durch selbstständige Errichtung städtischer Säuglingsfürsorgestellen die Bewegung ihre offizielle Weihe und Anerkennung fand.

So hat Berlin gegenwärtig sieben städtische Säuglingsfürsorgestellen, ferner haben Rixdorf bei Berlin, Posen, Aachen, Halle a. S., Köln und andere Städte ihre von der Gemeinde errichteten Fürsorge- und Mutterberatungsstellen. Neben diesen haben die Säuglingsfürsorgestellen, die durch die Initiative von gemeinnützigen Vereinen errichtet und erhalten werden, ihre für das Säuglingswohl bedeutsame Stellung behauptet. So seien die vier Säuglingsmilchfürsorgestellen von Charlottenburg erwähnt, ferner die 21 Mütterberatungsstellen in München, sowie die gleichen Einrichtungen in Hannover, Meiningen, Weißenburg, Heidelberg, Hamburg, Regensburg, Dresden und an anderen Orten. Diese Aufzählungen machen gewiß nicht Anspruch auf Vollständigkeit, weil die Gründungen zu zahlreich sind, um in ihrer Gesamtheit hier aufgezählt werden zu können, und andererseits auch neue Gründungen an der Tagesordnung sind. Dieser ins Große gehende Zug der Säuglingsfürsorgebewegung hat naturgemäß zur Folge, daß die Schar der überwachten und ernährten Kinder auf viele Tausende jährlich angewachsen ist. Ja man kann behaupten, daß die führenden Kreise der Bewegung bereits an einem Punkte der Sättigung angelangt sind und daß jede neue Gründung von Fürsorgestellen nur mehr eine rein numerische Ausdehnung des Säuglingsmateriales zur Folge haben kann, aber für den Ausbau des Systems der Säuglingsfürsorge im Siune der Heranziehung neuer Momente und zweckmäßiger Verbesserungen wenig bedeutet. Es hat sogar den Anschein, daß man über diesen toten Punkt der Übersättigung nicht hinauskommen würde, wenn nicht in der letzten Zeit durch die Einsicht und Erfahrungen der führenden Säuglingsfürsorgeärzte die Förderung der Brusternährung durch Beihilfen an stillende Mütter in das Programm aufgenommen worden wäre. Damit ist der Kampf gegen die überhandnehmende künstliche Ernährung eröffnet und ein reiches Gebiet neuer Tätigkeit erschlossen. Anlaß dafür, daß die Förderung der natürlichen Ernährung als das alleinige Hauptziel aufgerichtet wurde, ist die Tatsache, daß bei dem Gleichbleiben aller äußeren noch so ungünstigen Verhältnisse in der Umgebung des Säuglings dieselben in der Regel seiner Gesundheit und seinem Gedeihen viel weniger abträglich sind, wenn er unter dem Schutze der Brusternährung steht. Das Wohnungselend, die mangelnde Beaufsichtigung seitens der wirtschaftlich tiefstehenden und aus diesem Grunde meist erwerbstätigen Mutter, die zudem in der Säuglingspflege so gut

---

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Aus dem militärischen Korps. — Die Eröffnung der neuen Frauenkliniken. — Schutz der Karlsbader Heilquellen.)

Allgemein ist es aufgefallen, daß bei dem allgemeinen Ordensregen, der anläßlich des Jubiläums des Kaisers niederging, und der natürlich auch die höheren Chargen der Militärärzte bedachte, Herr v. Uriel leer ausging. Wie verlautet, erregt eben in den maßgebenden Kreisen der immer fühlbarer werdende Mangel an Nachwuchs im militärärztlichen Offizierskorp, der für den Ernstfall eine unüberwindliche Kalamität darstellt, gewichtige Bedenken. Dreißig Prozent des Standes sind unbesetzt; dazu kommt es, daß auch die bereits in der Kutte steckenden Ärzte eine Sehnsucht haben, einen Stand zu verlassen, in dem mehr Gewicht auf die Ahnenprobe als auf die persönliche Tüchtigkeit gelegt wird; so enthält das Heeres-Personalverordnungsblatt 27 ex 1908 die Ablegung der Offizierscharge von acht Militärärzten. Und dies alles, obwohl die Kosten für diesen verminderten Stand stets im Wachsen sind, weil Herr v. Uriel nichts unversucht läßt, um diese klaffende Lücke zu verstopfen. Vielleicht kommt sein Nachfolger doch auf die Idee, daß die Wehrhaftigkeit des Reiches höher steht, als das gewisse Dogma und das Gebot einiger Demagogen.

Die Aktivierung der neuen Frauenkliniken wächst sich immer mehr zu einer echt österreichischen Komödie aus. Dem Bauprogramme nach sollten die Kliniken im Frühjahre 1907 bezogen werden. Sie wurden ein Jahr später fertig, aber bezogen wurden sie lange noch nicht. Zuerst hatte unser lieber Finanzminister kein Geld für die Einrichtung; dann als dieses Hindernis beseitigt war, entspann

sich monatelang der homerische Kampf zwischen den Ordinarien und dem Landesausschusse, den wir in diesen Blättern bereits schilderten. Endlich kam es zu einer Einigung. Nach den bisherigen Abmachungen hatte der Wiener Krankenanstaltenfonds nur den Betrieb der I. und II. geburtshilflichen Universitätsklinik zu übernehmen, für die zugleich mit den beiden gynäkologen Kliniken in den neuerbauten „Frauenkliniken“ in der Spitalgasse Unterkunft geschaffen ist; nunmehr ist vereinbart worden, daß dieser Fond auch den Betrieb der mit der Hebammenlehranstalt verbundenen III. Gebärklinik übernimmt, für welche als niederösterreichische Landesgebäranstalt ein Neubau vom Landesausschusse hätte hergestellt werden sollen. Für diese Klinik, welche künftig die Bezeichnung „Niederösterreichische Landesgebärklinik und k. k. Hebammenlehranstalt“ führen soll, wird der zwischen den neuen Frauenkliniken befindliche, vom ehemaligen Versorgungshause stehengebliebene Mitteltrakt nach den vom Landesausschusse gutgeheißenen Plänen ganz umgebaut werden. Die in der Spitalgasse gelegenen Gebäudeteile werden adaptiert und zwei Flügeltrakte neu erbaut werden, welche vollständig modern ausgestattete Kreiß- und Wöchnerinnenzimmer, eine kleine gynäkologische Abteilung und die Hebammenschule enthalten werden. Der niederösterreichische Landesausschuß leistet zu diesen Herstellungskosten außer dem gesamten Inventar der jetzigen Landesgebäranstalt einen Zuschuß. Triumphierend wurde nun urbi et orbi verkündet, daß endlich am 1. September 1908 endgültig, bestimmt und ganz gewiß die neuen Kliniken bezogen werden. Natürlich ist auch dieser Termin verstrichen, ohne daß die Neubauten bezogen wurden. Der Unterrichtsminister verfügte, daß die Eröffnung auf unbestimmte Zeit verschoben wird. Risum teneatis, amici.

Die Staatsverwaltung hat sich im Interesse der Karlsbader Heilquellen bereits wiederholt veranlaßt gesehen, auf Grund des allgemeinen Berggesetzes Verfügungen gegen eine Gefährdung durch den Bergbaubetrieb in der Umgebung von Karlsbad zu treffen. Außerdem wurden auf Grund des Reichssanitätsgesetzes und der Gewerbeordnung gleichartige Vorschriften in betreff jener bergbauähnlichen Betriebe, welche — wie die Kaolingruben — die Gewinnung von nicht vorbehaltenen Mineralien zum Gegenstand haben und daher dem allgemeinen Berggesetze nicht unterliegen, getroffen. In Fortsetzung dieser staatlichen Fürsorge wurde eine Kommission hervorragender Fachleute eingesetzt, welche unter Leitung von Vertretern der beteiligten Ministerien die Beziehungen zwischen den Karlsbader Heilquellen und dem Bergbau- und Koalingrubenbetriebe der Umgebung einer eingehenden Untersuchung unterziehen soll. Im Zuge der umfassenden und vielfach mit bedeutenden Schwierigkeiten verbundenen Erhebungen, die noch nicht völlig abgeschlossen sind, erschien es wünschenswert, die Quellen unter eine ständige fachgemäße Aufsicht zu stellen, um im Bedarfsfalle rechtzeitig alle Maßregeln zum Schutze der Quellen gegen jede etwaige Schädigung treffen zu können. Da für die technische Überwachung des Quellenbetriebes ganz spezielle geologische, hydrologische und chemische Kenntnisse und eine besondere Erfahrung auf dem Gebiete der Quellenkunde erforderlich sind, wurde ein Quelleninspektor bestellt, welchem die Aufgabe obliegt, der Quellenwirtschaft der böhmischen Kurorte, insbesondere Karlsbads, ein stetes Augenmerk zu widmen. Mit dieser Aufgabe wurde der ehemalige Karlsbader Stadtgeologe Dr. Knett betraut, der als Leiter der städtischen Beobachtungsstation des Thermalgebietes von Karlsbad in den Jahren 1896 bis 1907 umfangreiche Erfahrungen auf dem Gebiete der Quellenkunde zu sammeln Gelegenheit hatte, und sich als Quellentechniker im In- und Auslande einen Ruf erwarb.

---

wie gar nicht bewandert ist, der Mangel selbst der allerprimitivsten Reinlichkeit in seiner Bekleidung und das Vorhandensein anderer Schädlichkeiten im Haushalte des proletarischen Säuglings werden durch den Segen der Brusternährung derart abgeschwächt und gemildert, daß die Sterblichkeit der reinen Brustkinder in diesen Bevölkerungsschichten nahe heranrückt an die niedrigen Sterblichkeitsziffern der künstlich ernährten Kinder in den von wohlhabender Bevölkerung bewohnten Bezirken. Die Brusternährung bildet also den natürlichen Ausgleich zwischen den sonst enormen Unterschieden in der Säuglingssterblichkeit armer und reicher Bezirke. Dank dieser Erkenntnis haben einsichtsvolle Gemeindeverwaltungen des Deutschen Reiches bereits verfügt, daß Beihilfen an stillende Mütter durch die Säuglingsfürsorgestellen verabfolgt werden. Auszugsweise sei hier eine kleine Zusammenstellung der Beiträge gegeben, die in einem der letzten zwei Jahre in die Haushaltungspläne der unten genannten Gemeinden eingestellt waren. Berlin 1906: 81.137·67 Mk.; Charlottenburg 1906: 14.474·48 Mk.; Leipzig 1907: 17.500 Mk.; Freiburg 1906: 8.890 Mk.; Bruchsal 2.976 Mk. Außerdem gehören die Städte Regensburg, München, Schöneberg, Neuß, Greifswald und viele andere in diese Aufstellung. In dieser Stillprämiierung ist das Prinzip der sonst üblichen materiellen Gegenleistung, wie sie bei der Milchabgabe gefordert wird, nicht aufgenommen. Wenn daher die Mittel der Gemeinde für die Zwecke der Stillunterstützungen nicht mehr ausreichen, so wäre es vielleicht zu der Zeit, in der die Inanspruchnahme der Stillprämie durch das Anwachsen der natürlichen Ernährung erfreulicherweise eine sehr große geworden sein wird, unmöglich, dem ganz ausgezeichneten Programme gerecht zu werden. Es wird daher notwendig sein, daß dem Prinzipe der einmal anerkannten Stillprämiierung ein dauernder Bestand dadurch gesichert werde, daß neben den hohen Beitragsleistungen der Gemeinden auch diejenigen Kreise ihr Scherflein beizutragen haben, die die Vorteile von dieser Einrichtung genießen. Diese Betrachtungen führen bereits in den Bereich der geplanten Mutterschaftsversicherung, für die in der letzten Zeit eine Reihe von ernsten Vorschlägen gemacht wurde. Sie alle gehen dahin, die gesamte weibliche Bevölkerung, so weit sie für die Zeit der Schwangerschaft, des Wochenbettes und der Ernährung ihres Kindes unterstützungsbedürftig ist, sicherzustellen vor den Gefahren dieses wichtigsten weiblichen Berufes und damit Leben und Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen. Die ausgezeichneten Bearbeitungen dieses Gegenstandes von Mayet, Maingie, Franc, Freund, Fürth u. a. beleuchten in sachlicher Weise die nationalökonomischen, sozialpolitischen und versicherungstechnischen Seiten dieser Frage und werden gewiß dereinst die Grundlagen für den Aufbau einer großzügigen staatlichen Mutterschaftsversicherung bilden. Vorläufig haben sie erst ein theoretisches Interesse, weil die enormen Geldsummen von Hunderten von Millionen, die den Kostenvoranschlägen zu entnehmen sind — und bei einem derartig groß angelegten Versicherungswerk in dieser Höhe auch erwartet werden mußten —, nicht geeignet sind, Hoffnungen für die praktische Verwirklichung dieser Vorschläge in der allernächsten Zeit zu erwecken. Da so große Schöpfungen, wie es die staatliche Mutterschaftsversicherung ist, leider nicht allzu rasch und nicht mit einemmale gleichsam wie aus einem Gusse geschaffen werden, sondern auch den langsamen Weg ihrer natürlichen Entwicklung gehen und ihre Vorläufer haben müssen, so möge als ein solcher die im Titel erwähnte Einrichtung beschrieben werden. Dieselbe ist als ein Zweig des großen Programmes der Mutterschaftsversicherung ins Leben gerufen worden und hat alle die Vorteile für sich voraus, die praktische Erfahrungen und die an einem bereits vorhandenen Material gemachten Beobachtungen des Arztes besitzen.

Die erste Aufnahmestelle für Mitglieder der Stillkasse wurde in der Säuglingsfürsorgestelle des Vereines „Säuglingsmilchverteilung“ in Wien X., Buchengasse 44 im Juni 1905 eröffnet. Diese Säuglingsfürsorgestelle wird nach den Grundsätzen der Mitarbeit aller in dem Armenbezirke praktizierenden Ärzte geführt, indem sämtliche Ärzte die Säuglinge ihrer Armenpraxis der Stelle zur Ernährung und



Der 36. deutsche Ärztetag.

Unter überaus zahlreicher Beteiligung ist am 26. Juni d. J. in Danzig der 36. Deutsche Ärztetag durch den Vorsitzenden des Deutschen Ärztebundes Geheimrat Professor Dr. Löbker, Bochum, eröffnet worden.

Es haben sich mehr als 300 Delegierte der verschiedenen Ärztevereine Deutschlands eingefunden. Zahlreiche Ärzte sind auch als Zuhörer anwesend. In der Begrüßungsansprache weist der Vorsitzende Prof. Löbker darauf hin, daß die Ärzte zwar besonders im Interesse der allgemeinen Volkswohlfahrt tätig seien, daß aber speziell der Ärztetag auch die besonderen Standesinteressen wahrzunehmen habe. In diesem Zusammenhang geht Redner auf die Frage der Regelung des Verhältnisses der Ärzte zu den Krankenkassen näher ein: „Wir Ärzte sind 1902 geflissentlich ferngehalten worden von den Vorberatungen zur Abänderung des Krankenkassengesetzes. Deswegen mußten die Ärzte zur Selbsthilfe greifen. Den Kampf mit den Kassenvorständen haben wir nicht gewollt, er wurde uns aufgezwungen und wir haben ihn im allgemeinen siegreich durchgeführt. Im Auftrage des vorjährigen Ärztetages in Münster ist der Vorstand beim Reichskanzler vorstellig geworden wegen Mitwirkung der Ärzte bei der Regelung der Krankenkassenfrage. Der Reichskanzler hat die weitestgehende Berücksichtigung zugesagt und sein Wort auch eingelöst. Am 11. und 12. Juni hat im Reichsamt des Innern unter dem Vorsitz des Staatssekretärs v. Bethmann-Hollweg eine Konferenz stattgefunden, deren Gegenstand die Gestaltung des Verhältnisses zwischen den Ärzten und Krankenkassen bildete. Die Verhandlungen hatten einen vertraulichen Charakter. Trotzdem kann doch folgendes gesagt werden: die Beratungen hatten den Zweck der Aussprache und Information, so daß die spätere Stellungnahme der einzelnen nicht festgelegt ist. Der Gegenstand wurde nach allen Seiten beleuchtet, so daß der Zweck der Belehrung und Information der Reichsregierung erreicht worden ist. Abstimmungen haben nicht stattgefunden. Beschlüsse wurden nicht gefaßt. Aber fest steht jedenfalls, daß die Zeit, in der die deutschen Ärzte weder als Sachverständige noch als Interessenten bei der Krankenkassenfrage Gehör fanden, vorüber ist. (Lebhafter Beifall.) Wir glauben auch nach dem Verlauf der Beratungen begründete Hoffnung hegen zu können, daß ganz wesentliche Punkte unseres Programms, die sich auf die Verhütung und Beilegung von Streitigkeiten mit den Kassenvorständen beziehen, Berücksichtigung finden werden. Ein Teil unserer Wünsche und Forderungen stößt aber auf schweren Widerstand und wird kaum erfüllt werden. Das gilt namentlich für die Forderung der gesetzlichen Einführung der freien Arztwahl. Das Verständnis für diese Frage hat sich zweifellos überall gehoben. Um so heftiger aber ist ein Streit entbrannt darüber, ob die freie Arztwahl den Kassen durch Gesetz auferlegt werden soll. Wir haben bisher keinen Anlaß, auf den weitern Ausbau unserer freiwilligen Organisation für die Erhaltung der Selbständigkeit, Würde und Ehre unseres Standes zu verzichten.“ (Lebhafter Beifall.) Der Redner geht weiter auf den Streit der Ärzte mit den Krankenkassen in Köln ein und bekundet den Ärzten, die dort im Kampfe stehen, die Sympathie nicht nur der Freunde der freien Arztwahl, sondern auch ihrer Gegner. Es sei für die Ärzte beschämend, daß es möglich ist, daß sich ein Dutzend Ärzte finden, die durch Abschluß langfristiger Verträge den Gegnern der Ärzte die Waffen in die Hand geben. (Allseitiges Pfui!) Alle Mann auf Deck zur Stärkung unseres Standesbewußtseins und Wahrung unserer Ehre: das ist die Losung, mit der ich Sie willkommen heiße. (Stürmischer Beifall.)

Als Vertreter des Kultusministers begrüßte hierauf Geh. Sanitätsrat Dr. Aschenborn die Versammlung. Er überbringt die Grüße des Kultusministers, der dem Ärztestand wohlwollend gegenüber stehe und nach Kräften bemüht sein

---

Überwachung überweisen dürfen. Ein Säuglingsfürsorgearzt und zwei Pflegerinnen versehen den Dienst, der in der einwöchentlichen Wägestunde mit Kontrolle und in der täglichen Ausgabe von trinkfertiger Säuglingsmilch besteht. Die Milchversorgung ist einer renommierten Molkerei (Wiener Molkerei, n.-ö. Molkerei) übertragen, eine Trennung der Milchküche von der Fürsorgestelle, die die Erhaltung sehr verbilligt. Die üblichen Hausbesuche der Pflegerinnen und Aufsichtsdamen sowie eine Kostkindervermittlung, eine Kostfrauenkontrolle mit zeitweiliger Geldunterstützung, ein Leihwäscheverkehr für besonders dürftige Säuglinge und ähnliches sind noch eingeführt. Das System der Mitarbeit der Ärzteschaft in dem Sinne, daß die Säuglingsfürsorgestelle bloß den gesunden Säugling in seinem Gedeihen überwacht und die Krankenbehandlung dem zuständigen Arzte überlassen bleibt, ist durch diese Organisation der Säuglingsfürsorge im Jahre 1904 zum erstenmale ins Leben gerufen worden. Es war nur ein Schritt weiter in der Entwicklung des Säuglingsfürsorgegedankens, als die Maßregel eingeführt wurde, von den Frauen schon in der Schwangerschaft ihre Beiträge für die ihrem künftigen Sprößlinge später zu verabfolgende Milch zu erheben. Wenn das von ihnen erreicht werden kann, dann wäre es möglich, sie im Falle der Durchführung der Brusternährung statt mit Milch sogar mit einem ihre Einzahlung übersteigenden Geldbetrage zu unterstützen. Die ärztlichen Erfahrungen, rechnerischen Details, der administrative Dienst und das technische Exposé soll in einer ausführlicheren Veröffentlichung an einem Orte mitgeteilt werden. Hier möge nur die Anregung gegeben werden, derartige Handhaben für die Durchsetzung der Brusternährung dem Programme der Säuglingsfürsorge auch an anderen Orten einzufügen.

Es kann eine Aufnahmestelle für die Stillkassenmitglieder an jede Säuglingsmilchküche, Mutterberatungsstelle, Säuglingspoliklinik, Fabrikskrippe angegliedert werden. Sie kann sich aber auch jeder Vereinsorganisation, die sich mit der Kinderfürsorge beschäftigt, anschließen. Und in der Tat ist die zweite Stillkassenstation der Säuglingsfürsorgestelle des Muttervereines XII., Schallergasse 24, die dritte jedoch dem Vereine „Settlement“, XVI., Friedrich Kaiserstraße 52, der nebst Kinderfürsorge auch anderen Wohlfahrtszweigen sich widmet, angeschlossen werden, und beide neuen Stellen funktionieren genau so gut wie die erste Stelle und ganz in dem Sinne der erprobten Organisation. Da sich an die genannten Instanzen dürftige Frauen mit ihren Kindern wenden, so ist es ein Leichtes, diese Frauen auf die Vorteile der Stillkasse aufmerksam zu machen und sie zum Beitritte zu veranlassen. Bei dieser Gelegenheit werden die Frauen über ihr gesundheitliches Verhalten in der Schwangerschaft, ihre Ernährung, Vorbereitung der milchspendenden Organe für die Zwecke der Stillung belehrt. Außerdem hat die Stillkasse den Vorteil, daß sie die Mütter bereits in der Schwangerschaft für die Absicht, ihr Kind zu stillen, gewinnt und schon die Neugeborenen der öffentlichen Säuglingsfürsorge unterstellt. Von den erfahrensten Bearbeitern dieser Gebiete (Neumann und Japha) wird darüber geklagt, daß zu wenig Neugeborene in die Fürsorge gebracht werden. Alle Bestrebungen richten sich dahin, die Säuglinge möglichst früh nach der Geburt in die Überwachung zu bekommen. Die Einzahlung würde in den genannten Fürsorgestellen wöchentlich erfolgen auf Grund einer bereits ausgearbeiteten Berechung und mit Hilfe eines bestimmten Formulares zur Einschreibung der Beiträge. Die Berechnung nach dem für Wien aufgestellten Schema ist auf empirischem Wege hergestellt worden. Es wurde für die Milchversorgung eines Säuglings für sechs Monate der Betrag von einmal 30 K, den der Verein zu leisten hat, und dazu der Betrag von 15 K, den die Mutter des Säuglings als Regie- und Flaschengebühr während dieser Zeit zu bestreiten hat, als Grundlage der Aufstellung genommen.

(Schluß folgt.)



werde, seine Interessen zu fördern. Die Verhandlungen zur Regelung der Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen sind von dem Kultusministerium natürlich unterbrochen worden, da die ganze Materie reichsgesetzlich geregelt werden soll. Es ist der aufrichtige Wunsch des Ministers, daß die berechtigten Interessen der Ärzte hiebei tunlichst Berücksichtigung finden, zum Segen der Entwicklung der Volkswohlfahrt. Nach weiteren Begrüßungsansprachen erstattete Generalsekretär Sanitätsrat Dr. Heinze, Leipzig, den Geschäftsbericht. Dem Deutschen Ärztevereinsbunde gehören gegenwärtig 366 Vereine mit 22.720 Mitgliedern an. Die Einnahmen betrugen für 1907 einschließlich eines Kassenbestandes von 62.100 Mk. 250.600 Mk., darunter 67.500 Mk. für Inserate und Beilagen zu dem Vereinsblatt. Diesen Einnahmen stehen Ausgaben gegenüber im Betrage von 171.800 Mk., so daß ein Bestand von etwa 78.300 Mk. verbleibt. Dieser Bestand stellt jedoch keinen Überschuß dar, sondern in ihm sind bereits die pränumerando gezahlten Beiträge von 1908 vorhanden, die für die Ausgaben von 1908 zur Deckung dienen. Der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums sind 500 Mk. Beihilfe überwiesen worden, die gleiche Summe dem Komitee für die Kochstiftung zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Der nächste Punkt der Tagesordnung lautet: Unterweisung und Erziehung der Schuljugend in der Gesundheitspflege. Die Kommission hat hiezu 9 Thesen ausgearbeitet, von denen die fünf ersten den hohen Wert einer geordneten Schulgesundheitspflege für die Volkswohlfahrt hervorheben, die vier letzten sich mit der Schularztfrage beschäftigen. In der Diskussion verlangt Dr. Pietruski, Danzig, die Einfügung eines Passus über die Bekämpfung des Alkoholismus. Dieser Antrag wird jedoch abgelehnt. Sehr eingehend wird die Frage diskutiert, ob der hygienische Unterricht auch von Lehrern erteilt werden darf, wie es die Thesen erlauben oder nur von Ärzten. Die meisten Redner sind der Ansicht, daß das unzulässig sei. Den breitesten Raum in der Debatte nahm die Frage ein, ob in der Schule sexuelle Aufklärung zu erteilen sei. Nach einer längeren Aussprache wird der Antrag Dr. Schayers, Berlin, angenommen, der dahin lautet: „Der Ärztetag möge beschließen, die Frage der Mitwirkung der Schule bei der sexuellen Aufklärung sei noch nicht spruchreif.“ Dieser Antrag findet mit allen gegen 44 Stimmen Annahme.

Nach der Pause referiert Stadtarzt Dr. Kaspar, Stuttgart, im Namen der Kommission über die Schularztfrage. Die Entwicklung des Schularztwesens in den letzten zehn Jahren ist außerordentlich stark geworden. Daneben gehen Bestrebungen zur Vereinheitlichung der Organisation der Schulärzte. Um hierüber zu einem Beschlusse zu kommen, muß man sich klar werden, was der Schularzt überhaupt leisten soll. Zunächst soll er die hygienischen Verhältnisse der Schule selbst untersuchen, dann muß er dauernd die Schüler untersuchen und unter Kontrolle halten. Niemals dagegen darf er in ihre Behandlung selbst eintreten. Weiter muß der Schularzt dienen der Nutzbarmachung und dem Ausbau der privaten und städtischen Wohlfahrtsanstalten, wie Ferienkolonien, Hilfsschulen, Waldschulen usw., und schließlich muß er für die Vermittlung von Lehren der Gesundheitspflege in den Kreisen der Eltern, Schüler und Lehrer tätig sein. Es entsteht daher die Frage, ob diese Zwecke am besten erreicht werden durch einen vollamtlich im Hauptamte beschäftigten Schularzt oder lediglich durch einen Schularzt im Nebenamte. Die Kommission hat sich dafür entschieden, daß die schulärztliche Tätigkeit im Hauptamte jedenfalls vorzuziehen ist. Die dauernde Kontrolle der untersuchten Schüler leidet bei einem Schularzt im Nebenamte darunter, daß der Bezirk zu groß ist und dem Arzt durch Umschulung die Schüler aus den Augen kommen. Außerdem ist sehr bedenklich, daß es bei nebenamtlicher Betätigung zu Kollisionen mit den Privatärzten kommen muß. Vielfach wird sogar die Vermutung ausgesprochen, daß die im Nebenamte tätigen Schulärzte ihre Tätigkeit zu persönlicher Bereicherung benutzten. Man wende zwar ein, daß eine schulärztliche Tätigkeit im Hauptamte nie die volle innere Befriedigung geben kann, wie sie ein Beruf geben muß. Das ist aber durchaus nicht der Fall. Die Benutzung des Materials zu wissenschaftlicher Betätigung kann vollständige Befriedigung gewähren. Außerdem kommt es nicht so sehr auf das System allein an als auf die Persönlichkeit des Schularztes selbst. Deshalb schlägt die Kommission vor, zu der Forderung, die sich für den Schularzt im Hauptamte ausspricht, folgende These hinzuzufügen: „Im allgemeinen hängt die Leistung auf dem Gebiete der Schulhygiene nicht vom Schulamtssystem, sondern von der Persönlichkeit des Schularztes sowie vom Ausbau der für das körperliche Wohlbefinden der Schulkinder getroffenen Maßnahmen ab.“

In der Diskussion betont Clohn, Charlottenburg, daß die Vorwürfe gegen die nebenamtliche Tätigkeit der Schulärzte durchaus unbegründet seien. Gegen den Schularzt im Hauptamte spreche der Umstand, daß er aus dem Zusammenhange, aus der Berührung mit dem Milieu des Kindes kommt. Er lerne weder die Eltern noch auch die Lehrer genügend kennen. Die schulärztliche Tätigkeit könne ihn auf die Dauer auch nicht befriedigen. Daher solle der Ärztetag sich auf keinen Fall schon jetzt festlegen, ein bestimmtes System der Schulärzte zu fordern. Die gleiche Ansicht äußern mehrere andere Redner.

Mit großer Mehrheit nimmt hierauf der Ärztetag folgenden Beschluß an: „Unter Ablehnung der Thesen, die den Schularzt im Hauptamte fordern, erklärt der Deutsche Ärztetag: Die Frage, ob Schulärzte im Hauptamte oder Nebenamte anzustellen sind, ist zurzeit noch nicht entschieden. Ihre Lösung ist abhängig von der geforderten Arbeitsleistung, von lokalen und persönlichen Verhältnissen.“

Der nächste Punkt der Tagesordnung betrifft den Bericht der Lebensversicherungskommission. Auf dem vorjährigen Ärztetag in Münster war beschlossen worden, von den Lebensversicherungsgesellschaften eine Erhöhung der Honorare für vertrauensärztliche sowie für hausärztliche Untersuchungen von 10 Mk. auf 15 Mk., bezw. von 5 Mk. auf 10 Mk. zu fordern. Der geschäftsführende Ausschuß war im Weigerungsfalle beauftragt, den Vertrag mit den Lebensversicherungsgesellschaften zu kündigen. Die Lebensversicherungsgesellschaften haben statt dessen eine Staffelung nach der Höhe der Lebensversicherungssummen angeboten. Der geschäftsführende Ausschuß hat unter diesen Umständen die Kündigung nicht ausgesprochen und bittet hiefür um Indemnität. Gleichzeitig befürwortet er die Annahme des Antrages der Versicherungsgesellschaften. (Schluß folgt.)

II. Literaturauszüge.

Sind Todesfälle in der Narkose vermeidbar? Von Dr. Strauch.

Das Chloroform ist einmal unsicher in seiner Giftwirkung und zudem ein schweres Herzgift. Bei geschwächtem Herzen genügen oft schon geringe Mengen, um plötzlichen Tod herbeizuführen, der Tod erfolgt „nach den ersten Zügen“. Hieran haben auch die komplizierten Apparate, die eine exakte Dosierung ermöglichen sollen oder ein die Giftwirkung auf das Herz angeblich ausgleichendes Mittel beifügen, wie den Sauerstoff beim Roth-Drägerschen Apparat, nichts zu ändern vermocht. Auch hiebei hat man Todesfälle und Spättodesfälle gesehen. Unsicher ist das Chloroform auch in seiner Nachwirkung auf die Organe. Wir wissen, daß es unter der Einwirkung des Chloroforms — allerdings meist nach längerdauernden oder wiederholten Narkosen — zu fettiger Entartung von Herz, Nieren und Leber kommt, die in nicht seltenen Fällen noch nachträglich den Tod des Kranken herbeiführt. Das Chloroform entspricht deshalb unseren Anforderungen, die wir an ein Anästhetikum zu stellen haben, nicht. Jedenfalls dürfen wir es nicht in den Gaben anwenden, die notwendig sind, um bei reiner Chloroformnarkose den Schlaf herbeizuführen.

Wie steht es nun mit dem Äther? Dem Äther fehlt die unsichere Giftwirkung auf das Herz. Er hat nicht die spezifisch



ungünstige Beeinflussung des Blutdrucks, zudem ist seine Narkotisierungsbreite eine weit größere als beim Chloroform. Ihm fehlen auch die üblen Nachwirkungen auf die Organe. Der Äther hat aber den großen Nachteil, daß seine narkotische Kraft viel geringer ist als die des Chloroforms. Wollen wir durch den Äther bei Erwachsenen oder auch bei älteren Kindern eine genügend tiefe Narkose herbeiführen, so sind wir genötigt, unter teilweisem Abschluß der Luft mittels undurchlässiger Masken andauernd konzentrierte Ätherdämpfe zuzuführen. Wir vergessen aber dabei, daß wir dem Äther ein zweites Gift, die Kohlensäure, hinzufügen und daß wir durch die konzentrierten Dämpfe die Schleimhäute zu vermehrter Speichel- und Schleimabsonderung reizen. So bekommen wir das fatale Bild der Äthernarkose mit der Ansammlung von Schleim im Rachen und Kehlkopfe, der röchelnden Atmung, der Überladung mit Kohlensäure. Ätherdämpfe, in geringer Konzentration mit der luftdurchlässigen Maske zugeführt, wirken dagegen nicht reizend auf die Schleimhäute und rufen keinerlei vermehrte Absonderung hervor.

Der Äther bildet demnach ein vorzügliches Narkotikum, wenn es gelingt, auch mit verdünnten Dämpfen und sparsamer Anwendung kleiner Dosen eine Toleranz herbeizuführen. Strauch hat sich seit vielen Jahren bemüht, wie es viele andere Chirurgen getan haben, dies zu erreichen, indem er vorbereitende und unterstützende Mittel in sicher ungefährlicher Form zuführte. Da die Gefahr der Narkose wesentlich in der Giftwirkung auf das Herz beruht, so werden Mittel dazu gewählt, die geringe oder gar keine Giftwirkung für das Herz haben. Strauch hat ferner einen ganz besonderen Wert darauf gelegt, daß der Kranke mit möglichst ausgeruhtem Herzen auf den Narkosetisch kommt. Es ist durchaus nicht gleichgültig, wie der Kranke die Stunden, also meistens die Nacht, vor der Narkose verbringt. Gerade dieser Punkt wird von den meisten Operateuren völlig vernachlässigt. Jeder Kranke ist vor der Operation mehr oder weniger erregt. Er verbringt die Nacht mehr oder weniger schlaflos unter Erregung mit klopfendem Herzen. Nichts schädigt aber die Herzkraft mehr als anhaltende Erregung. Untersucht man dann, wie Strauch dies regelmäßig macht, das Herz am Morgen vor der Operation nochmals, so findet man in einer außerordentlich hohen Zahl eine Arrhythmie des Pulses als Zeichen einer starken Schwächung des Herzens durch die anhaltende Erregung. Daß ein solches Herz dem Chloroform keine große Widerstandsfähigkeit entgegenbringt, ist erklärlich. Sind doch Fälle bekannt, wo der Kranke auf dem Narkosetisch, noch bevor er einen Tropfen des Narkotikums bekam, der Erregung im plötzlichen Kollaps erlag.

Die Narkose, wie Strauch sie seit Jahren ausführen läßt, gestaltet sich in folgender Weise: Der Kranke bekommt am Abend 1 *g* Veronal.

Der Kranke bekommt dann 1 Stunde vor der Operation eine Morphiuminjektion von 0·015—0·02. Als Maximum wird auch wohl 0·025 gegeben bei solchen Kranken, die sich längere Zeit an größere Morphiumgaben gewöhnt haben. Es ist bekannt, daß die Giftwirkung des Veronals oder Morphiums sich gegenseitig nicht steigert. Es werden im Gegenteil die üblen Nebenwirkungen des Morphiums durch eine vorherige Veronalgabe gemildert. Wolfram bezeichnet das Veronal und das Morphium direkt als Antagonisten.

Zugleich mit der Morphiuminjektion bekommt der Kranke eine Dosis Alkohol zugeführt. Der günstige Einfluß der vorherigen Alkoholgabe auf den Verlauf der Narkose wird von einer Anzahl Chirurgen bestätigt. Der Alkohol wird nicht sowohl seiner anregenden Wirkung auf den Blutkreislauf, als vielmehr seiner einschläfernden Wirkung wegen gegeben. Es ist bekannt, daß der Alkohol, in mäßigen Mengen gegeben, stark narkotisch wirkt, erst in größeren Mengen äußert er erregende, motorische Unruhe hervorrufende Wirkung. Der Alkohol wird in Form des Klysmas zugeführt. Strauch vermeidet womöglich große Gaben und begnügt sich bei Frauen mit 50 *g* Kognak, Rotwein und Tee, bei Männern mit 75 *g* Kognak, Rotwein und Tee. Beiden fügt er 5—10 Tropfen Opiumtinktur und eine Messerspitze Kochsalz hinzu. Nur in besonderen Fällen, bei Potatoren oder stark geschwächtem Herzmuskel, wo daran liegt, möglichst wenig von dem eigentlichen Narkotikum zu geben, macht er einmal von den höheren Alkoholgaben Gebrauch.

Bei Operationen am Mastdarm wird natürlich das Klysma vermieden und statt dessen dieselbe Mischung per os zugeführt. Die Wirkung auf den Verlauf der Narkose ist dann aber keine so günstige, und ich bevorzuge deshalb, wenn irgend tunlich, die Applikation durch Klysma.

Ein so vorbereiteter Kranker hat zunächst den großen Vorteil, daß er die Nacht vor der Operation schlafend verbringt. Tritt einmal ausnahmsweise nicht anhaltender tiefer Schlaf ein, so liegt der Kranke doch jedenfalls auch in den wachen Stunden im Halbschlafe, und jede Erregung ist in wohltuender Weise gedämpft. Hat er dann eine Stunde vorher seine Morphiumeinspritzung und sein Alkoholklysma bekommen, so schläft er häufig schon ganz fest, wenn die Narkose beginnen soll.

Es ist dazu allerdings erforderlich, daß der Kranke im Bett in das Narkosezimmer gefahren und jede Unruhe vermieden wird. Man kann dann dem Schlafenden die Maske vorhalten und ihn, indem man ihm tropfenweise Äther zuführt, häufig in den Narkoseschlaf hinüberleiten, ohne daß er dazwischen erwacht. Läßt man den Kranken aufstehen und zu Fuß in das Narkosezimmer hinübergehen, so beraubt man sich eines Teiles der vorbereitenden Wirkung.

Zur Narkose wird eine gewöhnliche Esmarchsche luftdurchlässige Maske verwendet, deren Überzug entweder aus einer einfachen Lage Lint oder einer 6—8fachen Lage Mull besteht. Nimmt man den Überzug dünner, so wird der Eintritt der Narkose zu sehr verzögert; nimmt man ihn dicker, so wird die Narkose leicht unnötig tief.

Der Äther wird nun anhaltend tropfenweise aufgeträufelt. In der Regel tritt schon nach 5—10 Minuten ruhige, tiefe Narkose ein. Wird der Schlaf nicht tief genug, was bei kräftigen Männern und besonders Potatoren nicht selten der Fall ist, so werden dann einige wenige Tropfen Chloroform gegeben, worauf die Narkose schnell und ohne jede Erregung eintritt. Ist die Narkose eingetreten, so wird wieder nur tropfenweise Äther zugeführt.

Was bei dieser Narkose zunächst auffällt, ist das völlige Fehlen jeden Exzitationsstadiums. Das Bild, wie es uns von der Chloroformnarkose nur zu geläufig ist, wo der Kranke sich sträubt, schreit und mit Mühe auf den Tisch festgehalten wird, bekommen wir nicht mehr zu sehen. Auch der ärgste Trinker schläft ohne jede Exzitation ein, wenn wir die vorbereitende Gabe dem Kranken richtig angepaßt haben. Haben wir ihn unterschätzt und ihm zu wenig Alkohol oder Morphium verabreicht, so tritt vielleicht zu Beginn der Narkose eine geringe Unruhe ein, aber nie kommt es zu einem wirklichen Exzitationsstadium. Läßt man das Veronal am Abend vorher fort und gibt nur Morphium und Alkohol als vorbereitende Mittel, so verläuft die Narkose viel weniger ruhig und sie tritt langsamer und erst nach größeren Äthergaben ein. Der zweite große Vorzug dieser Narkose ist das Fehlen jener beunruhigenden Störungen, wie das Aussetzen der Atmung und jenes blitzähnlich einsetzenden Kollapses, der bei der Chloroformnarkose das Gefühl völliger Sicherheit bei dem Operateur nicht aufkommen läßt. Strauch hat in den drei Jahren, seit er diese Art der Narkose anwendet, in keinem Falle eine gefahrdrohende Störung erlebt, die ihn zwang, die Operation vorübergehend auszusetzen. In keinem Falle hat er ein Aussetzen der Atmung oder des Pulses erlebt.

Die einzigen Störungen bestehen in gelegentlich auftretendem Erbrechen, in einem Zurücksinken der Zunge oder in seltenen Fällen in einer Ansammlung von Schleim im Rachen. Jedoch ist ausdrücklich zu betonen, daß es, im Gegensatz zu der reinen Äthernarkose mittels undurchlässiger Maske, in der Regel zu einer Ansammlung größerer Schleimmengen nicht kommt.



Der Äther in verdünnten Dämpfen wirkt eben nicht reizend auf die Schleimhäute der Atmungsorgane, und es wird durch die freie Luftzufuhr die Überladung der Luft mit Kohlensäure vermieden.

Die Narkose umgeht damit die Gefahr, die im Äther bei der Anwendung nach der alten Methode lag, und sie vermeidet das Chloroform, als gefährliches Narkotikum, entweder ganz oder sie verwendet es nur in so minimalen Dosen, daß von einer Gefahr auf das Herz sicher nicht die Rede sein kann.

Gefahren von seiten des Herzens können bei dieser Narkose nicht auftreten. Ich habe deshalb nie Bedenken getragen, auch Kranke mit wenig widerstandsfähigem Herzen dieser Narkose zu unterwerfen, und war stets überrascht, wie wenig die Herztätigkeit selbst durch stundenlange Narkose beeinflußt wurde. Die Kranken waren nach langdauernden Operationen bei weitem nicht so kollabiert, wie nach gleichlangen Chloroformnarkosen.

Die Kranken bieten eben auch im tiefen Schlafe nicht das Bild eines schwer Betäubten, wie man es bei der Chloroformnarkose zu sehen gewohnt ist, sie machen vielmehr den Eindruck von Schlafenden. Nicht selten antworten sie auf den Anruf ihres Namens, ohne bei gleichzeitigen schmerzhaften Manipulationen irgend einen Schmerz zu äußern.

Infolge der Nachwirkung des Veronals schlafen sie meist bis weit in den Nachmittag oder Abend hinein. Erbrechen tritt gelegentlich nachträglich ein, aber weit seltener als nach der Chloroformnarkose. Die Regel ist jedenfalls, daß nicht erbrochen wird und daß die Operierten am Nachmittag oder Abend nach dem Erwachen mit Appetit Nahrung zu sich nehmen können. Nur bei drei Operierten sah ich tagelang anhaltendes hartnäckiges Erbrechen; alle drei litten an einem Bandwurm.

Um nun die Schlußfolgerungen, die sich aus Strauchs Erfahrungen ergeben, nochmals kurz zusammenzufassen, so ist nach seiner Ansicht die Chloroformnarkose, vor allem die reine Chloroformnarkose ohne vorbereitende und unterstützende Mittel als fehlerhaft zu bezeichnen. Auch die reine Äthernarkose ist fehlerhaft, da wir imstande sind, auch bei Vermeidung der Schädlichkeiten des Äthers eine vollkommen tiefe Äthernarkose herbeizuführen. Diese Art der Narkose hat für den Kranken außerdem noch den Vorzug, daß sie ihm die Stunden banger Erwartung vor dem Kommenden erspart und den Operationen damit einen Teil ihres Schreckens nimmt. (Mediz. Klinik Nr. 10.)

*

Beitrag zur Wurmkrankheit der Bergleute. Von Doktor Ernst Brandenburg, Oberarzt der Heimstätte Schöneberg in Sternberg. (Forts. und Schluß.)

Obwohl Brandenburg aus der Literatur wußte, daß nur etwa 4·6% von Wurmbehafteten wurmkrank sein sollten, so war er doch erstaunt, daß von den von ihm behandelten 1300 Wurmbehafteten nicht ein einziger Beschwerden hattte. Objektiv war auch wenig festzustellen. Schwere sekundäre Anämien fehlten ganz. Gering anämische Erscheinungen fielen ihm jedoch bei einzelnen auf, und zwar schien es ihm, als ob bei denen, die zum ersten Male wurmbehaftet waren, diese geringen anämischen Anzeichen häufiger auftraten, als bei denen, die schon öfters wurmbehaftet waren. Zur genauen Feststellung dieser Erscheinung stellte er bei 254 hintereinander eingelieferten Wurmbehafteten den Hämoglobingehalt des Blutes nach Sahlischer Methode fest und fand seine Vermutung bestätigt. Durch mehrfache Zählung der Blutkörperchen konnte er sich davon überzeugen, daß der geringere Hämoglobingehalt durch eine Verminderung der roten Blutkörperchen hervorgerufen wurde.

Hämoglobingehalt herab bis 90% hat er als normal angenommen. Der Hämoglobingehalt der von ihm als positiv anämisch Bezeichneten bewegte sich zwischen 75 und 85%. Unter 75% hat er keinen Hämoglobingehalt gefunden. Bei 72 zum ersten Mal Wurmbehafteten waren 34 positiv anämisch. Bei 182 häufiger Wurmbehafteteten waren 21 positiv anämisch. Bei den zum ersten Male Wurmbehafteten also 47·2%, bei den häufiger Wurmbehafteten dagegen nur 11·5%. Von den 21 waren 1 vor 14 Monaten, 1 vor 12 Monaten, 4 vor 6 Monaten, 1 vor 4 Monaten und 1 vor 3 Monaten zum ersten Male wurmbehaftet, bei den übrigen häufiger Wurmbehafteten lag die erste Infektion 2—3 Jahre zurück. Diejenigen, die erst vor 6, 4 und 3 Monaten infiziert waren, kann man wohl noch als frische Fälle bezeichnen, so daß eigentlich nur 15 von den häufiger Wurmbehafteten positiv anämisch waren = 8·2%.

Es zeigte sich also objektiv teilweise eine zwar nur geringe Anämie besonders bei den zum ersten Male Wurmbehafteten, und je häufiger die einzelnen wurmbehaftet waren und je länger bei diesen der Zeitpunkt der ersten Infektion zurücklag, desto weniger gering Anämische fanden sich. Bemerkenswert ist auch, daß von drei zum ersten Male wurmbehafteten Patienten, bei denen sich eine geringe Anämie fand, zum zweiten Male, als sie nach kurzer Zeit wieder von ihm behandelt wurden, bei zweien kein anämischer Zustand mehr vorhanden war.

Ähnliches fand Leichtenstern bei an Anchylostomiasis Erkrankten. Er gibt an, daß gerade bei den jüngsten Fällen von Anchylostomiasis die schwersten Krankheitserscheinungen auftreten.

Auch von Tenholt wird ein an Anchylostomiasis Gestorbener angeführt, der erst 8 Wochen die Würmer beherbergen konnte. Die Obduktion ergab in diesem Falle nur 200 Würmer. Ebenso fand Brandenburg, daß die Anzahl der Würmer für die schädliche Wirkung nicht maßgebend war. Bei Leuten, die nur wenig Eier im Stuhlgang hatten, waren zuweilen geringe Anämien vorhanden, während bei denen, in deren Stuhlgang massenhaft Eier festgestellt waren, nicht die geringsten Anzeichen einer Wirkung sich zeigten.

Als Erklärung für alle diese Befunde nimmt er an, daß die Anchylostomiasis nicht durch Blutsaugen der Würmer, sondern durch eine Giftproduzierung derselben entstehen kann. Durch häufige und längere Einwirkung des Giftes glaubt Brandenburg, daß eine gewisse Immunisierung gegen dasselbe bei den meisten Fällen im menschlichen Körper eintritt. Auch Elsässer meint, daß der Biß des Wurmes an und für sich giftig ist und daß durch die Giftentwicklung und Blutentziehung die Krankheit entstehe. Ebenso spricht Bohland von einer Zellgiftabsonderung. Er hat bei Wurmkranken eine krankhafte Steigerung des Eiweißzerfalles festgestellt, die nicht nur aus der Blutarmut zu erklären ist. Loos macht auf die im Vorderleibe der Parasiten in die Mundhöhle mündenden Drüsen als die etwaigen Gifterzeuger aufmerksam. Lussana und Arslan haben im Harn von Wurmkranken ein Gift gefunden, das, bei Kaninchen eingeimpft, Verminderung der roten Blutkörperchen hervorgerufen hat. Ebenso glauben Zinn, Jakoby und Tenholt an eine Giftwirkung des Wurmes.

Brandenburg ist der Ansicht, daß eine Anchylostomiasis nicht durch langdauerndes Blutsaugen der Würmer entsteht und es auch nicht auf die Zahl der Würmer ankommt, sondern daß die Anchylostomiasis auf einer Gifteinwirkung der Würmer beruht und, wenn sie eintritt, sie meist nach nicht allzulanger Zeit nach der ersten Infektion eintritt. Übersteht der einzelne die erste Wirkung des Wurmes ohne Erkrankung, so wird er kaum zu befürchten haben, im Laufe der Zeit unter der Wirkung der Würmer leiden zu müssen. Auch bei denen, die anfänglich von den Würmern geschädigt werden, wird häufig eine Immunisierung eintreten, so daß auch hier die Schädigung nur eine vorübergehende ist.

Brandenburg hat von den 1300 Wurmbehafteten nicht einen einzigen gesehen, von dem man, abgesehen von einer geringen Herabsetzung des Hämoglobingehaltes, hätte sagen können, er litte an Anchylostomiasis. Früher sind dagegen Fälle von Anchilostomiasis gemeldet worden, sogar einzelne Todesfälle, wenn auch nur weniger als 0·5‰. Die jetzige Ungefährlichkeit des Anchylostomumwurmes, man kann



fast sagen, das Aussterben der Wurmkrankheit in den Kohlenrevieren des Allgemeinen Knappschafts-Vereines trotz der noch vorhandenen vielen Wurmbehafteten führt er auf die energischen Bekämpfungsmaßregeln zurück. Das größte Verdienst spricht er dabei den Abtreibungskuren zu. Während die getroffenen hygienischen Einrichtungen auf den Gruben wohl die Zahl der Wurmbehafteten herabgemindert haben und daher zur Bekämpfung der Anchylostomiasis von Wichtigkeit gewesen sind, so sind von der größten Bedeutung die Wurmkuren gewesen, die nicht nur durch Heilung die Zahl der Wurmkranken herabgemindert haben, sondern die eigentliche Wurmkrankheit gar nicht mehr aufkommen ließen. Wenn auch anzunehmen ist, daß nach nicht allzulanger Zeit nach Einwanderung des Wurmes in den Därmen die Wurmkrankheit entstehen muß, so kommt doch bei der bestehenden dauernden Kontrolle der einzelne Wurmbehaftete meist zu schnell zur Kur, als daß das Gift wirken könnte.

Besonders wichtig hält er die Bestimmung, daß jeder Bergmann bei dem Wechsel von einer Grube zur andern ein ärztliches Wurmfreiheitsattest beibringen muß. Die Leute wechseln auf den meisten Zechen sehr häufig, so daß eine große Anzahl zur Untersuchung kommt. Auch die Nachuntersuchung 4 Wochen nach der Kur ist nicht zu missen, da oft die geheilt Entlassenen nur scheinbar geheilt sind. Die dreitägige Nachuntersuchung nach der Kur wird zwar in den meisten Fällen ausreichen, um festzustellen, ob die Kur von Erfolg war, aber oft ist der Stuhlgang durch die Kur so beeinflußt, daß mit Sicherheit nicht zu sagen ist, ob geheilt oder ungeheilt. In nicht wenig Fällen entsteht nach der Kur Durchfall. In einem dünnen Stuhlgang sind die Eier aber selten nachzuweisen, deshalb besteht bei dem Allgemeinen Knappschafts-Verein die Bestimmung, daß Durchfallsproben nicht als entscheidend angenommen werden dürfen. Aber ich habe gefunden, daß in halbfesten Stuhlgängen Eier nicht festzustellen waren, die dann sofort wieder auftraten, sobald der Stuhlgang fest war. Oft wird es sich bei den Kuren auch wohl nur um eine vorübergehende Betäubung der Würmer handeln, so daß nach einigen Tagen, ohne daß die Möglicheiner neuen Infektion vorhanden war, wieder Eier gefunden wurden.

Was die Kuren selbst anbetrifft, so hält Brandenburg als Abtreibungsmittel nur das Extractum filicis für geeignet, alle anderen Mittel, selbst auch das Thymol, fand er als unbrauchbar. Wenn auch nach der Kur mit Thymol oder Oleum Eucalypti oder anderen Mitteln häufig keine Wurmeier zunächst gefunden werden, so sind es doch nur Scheinerfolge. Einige Tage später konnte er meist wieder Wurmeier feststellen. Bei jedem drastischen Mittel können vorübergehend die Wurmeier verschwinden. Zuweilen versagt auch das Extractum filicis. Tenholt meint in 30—40% der Kuren. Brandenburg hat im allgemeinen gute Erfolge mit Extractum filicis erzielt. Man darf nicht zu kleine Dosen geben. Er gab in zwei aufeinanderfolgenden Tagen im ganzen 20 *g*, an jedem Tage mit einem Male 10 *g* nüchtern. Vor der Abtreibungskur gab ich am Abend vorher Kalomel 0·2—0·3 *g*.

Üble Folgen der Kuren habe er niemals gehabt. Erblindungen, Schädigungen der Sehkraft oder Gelbsucht hat er nicht beobachtet, Vergiftungserscheinungen, die zuweilen auftraten, waren plötzliche Ohnmachtsanfälle, vorübergehende Pupillenstarre, Erbrechen und Temperatursteigerungen bis 39°. Diese letzte Vergiftungserscheinung hat er sonst bisher nie erwähnt gefunden. Alle diese Intoxikationen waren stets vorübergehend und verliefen ohne weitere Folgen. Aspirin und leichtere Abführmittel unterstützten den schnellen Verlauf der Besserung. Hiezu muß ich aber bemerken, daß ich bei jedem Wurmbehafteten vor der Kur die Augen untersuchte oder bei mir zweifelhaften Fällen die Augen vom Augenspezialisten untersuchen ließ. Bei ausgeprägter Myopie, Hypermetropie oder Blässe der Sehnerven hat Brandenburg niemals Extractum filicis gegeben, weil er nach den gesammelten Erfahrungen der Augenärzte annahm, daß bei diesen genannten Augenveränderungen eine weitere Schädigung durch Extractum filicis eintreten kann. Er glaubt aber, daß niemals sonst Erblindungen, wie sie früher beobachtet wurden, auftreten können. Einen Beweis für die Unschädlickeit des Extractum filicis bei Vorsicht meint er darin zu finden, daß er trotz der großen Dosis von 2mal 10 *g* bei seinen vielen Kuren einen Schaden nicht gesehen habe. (Mediz. Klinik Nr. 10. 1908.)

III. Sitzungsberichte.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 9. Juli 1908.

Byloff stellt ein 19jähriges Mädchen vor, welches im fünften Lebensjahre an einer Darminfektion erkrankte und seither stets sehr übelriechende Stühle hatte. Im zwölften Lebensjahre bekam Pat. Genua valga, welche mit vorübergehendem Erfolge operiert wurden; bald darauf bildete sich an einem Beine ein Genu varum, am anderen ein Genu valgum aus. Vor einigen Monaten traten unter Schmerzen eine Schwellung der Sternoklavikulargelenke und eine Auftreibung der rechten Tibia auf. Die erste Menstruation erfolgte vor fünf Monaten. Man sieht an der etwas anämischen Kranken Auftreibung der Kopfhöcker und des Unterkiefers, Sattelnase, Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes, geringe Vergrößerung der Schilddrüse, Dämpfung über dem oberen Anteile des Sternums. sehr hoher Stand des Zwerchfelles, Verbreiterung der Herzdämpfung, Akzentuation des zweiten Aortentones. Rigidität der Gefäße, Auftreibung der unteren Epiphysen der Vorderarmknochen, die früher erwähnten Veränderungen im Kniegelenke und mechanische Übererregbarkeit des Fazialis. Weiters eine zweite Patientin von 47 Jahren, bei der sich seit dem Vorjahre, wo die Menstruation unregelmäßig wurde, ein vermehrter Fettansatz oberhalb und unterhalb des Nabels in Form kugeliger Tumoren, ferner an den Nates, Oberschenkeln und Streckseiten der Arme entwickelte, während das Gesicht asymmetrisch abmagerte, so daß es den Anblick einer Hemiatrophia faciei bietet. Außerdem haben sich Schmerzen in der Herzgegend und im Abdomen, sowie Atembeschwerden eingestellt. Die Schilddrüse ist vergrößert, der Thorax zeigt einen männlichen Typus. Die Haut im Gesichte ist atrophisch und ohne Fettpolster. Der Fazialis ist mechanisch übererregbar. Vortr. führt beide Fälle auf eine Insuffizienz der inneren Sekretion der Genitaldrüsen, welche im ersten Falle durch die Unterentwicklung, im zweiten durch das Klimakterium bedingt ist, ferner auf eine Unterfunktion der Blutdrüsen zurück.

Franz Chvostek glaubt, daß die Entwicklung der symmetrischen Fettgeschwülste im zweiten Falle nicht auf einen nervösen Einfluß zurückzuführen ist. Es gibt zwei Typen von pathologischer symmetrischer Fettwucherung: Beim ersten verringert sich das Fett am Oberkörper und es erfolgt ein Fettansatz am Bauche, Beckengürtel und an den Extremitäten, beim zweiten Typus findet die Fettwucherung am Oberkörper statt und die Beine bleiben mager. Die erstere Art findet man vorwiegend bei Frauen, die letztere bei Männern (auch nach beiderseitiger Kastration beobachtet).

N. v. Westenrijk (St. Petersburg) demonstriert einen von ihm hergestellten, sehr kompendiösen Apparat zur Blutdruckmessung, welcher alle in der Klinik gebräuchlichen derartigen Apparate von Riva-Rocci, Potain. von Basch, Gärtner und Lipliajeff-Janowsky und außerdem eine Modifikation des Sphygmoskops von Pál in sich vereinigt und nur zirka 89 Mk. kostet.

Jakob Pál bemerkt, daß es leider nicht möglich ist, das Quecksilbermanometer zu eliminieren; zur Messung geringer Druckdifferenzen, z. B. bei der Venenmessung, muß man auch Wasser verwenden. Er findet den demonstrierten Apparat zweckentsprechend.

Hermann Algyogyi demonstriert Röntgenphotographien eines Turmschädels. Die Röntgenaufnahmen



zeigen tiefe Impressiones digitae und stellenweise Usuren als Zeichen gesteigerten Hirndruckes. Der Turmschädel entsteht durch vorzeitige Verknöcherung der Kreuznaht, deren Ursache vielleicht eine fötale Meningitis ist.

Gottwald Schwarz; Die Röntgentherapie des Morbus Basedowii. Vortr. hat 40 Fälle behandelt. Das wirksame Prinzip ist hier in der Eigenschaft der Röntgenstrahlen zu suchen, die Tätigkeit der Drüsen herabzusetzen. Bei M. Basedowii kommt es nach Bestrahlung der Schilddrüse zur Verringerung der krankhaft gesteigerten inneren Sekretion. Aus der Statistik der vom Vortr. behandelten Fälle geht hervor, daß die nervösen Symptome in allen, die Tachykardie in fast allen Fällen, die Abmagerung in zwei Dritteln, der Exophtalmus in der Hälfte und die Struma in einem Fünftel der Fälle gebessert wurden. Namentlich bemerkenswert erscheint die günstige Einwirkung auf die Herzaktion, die sich mit Regelmäßigkeit erzielen läßt und die für die Prognose des Leidens von entscheidender Wichtigkeit ist. Ferner ist die Tatsache wichtig, daß es sich hier um Dauerresultate handelt, da die Drüsenatrophie selbst nach Sistierung der Behandlung noch fortschreitet. In technischer Beziehung handelt es sich darum, eine möglichst große Tiefenwirkung der Strahlen zu erzielen, was am besten durch Verwendung dicker oder dichter Strahlenfilter geschieht. Außerdem muß eine exakte Dosierung vorgenommen werden, da die Haut der Basedowkranken gegen Röntgenlicht sehr empfindlich ist. Die Behandlung soll Monate lang erfolgen, da oft erst spät Besserung eintritt.

Hermann Algyogyi hat fünf Fälle von Morbus Basedowii mit Röntgenstrahlen behandelt und zwei derselben durch drei Vierteljahre beobachtet. In einigen Fällen zeigte sich eine Besserung des Allgemeinbefindens, Herabsetzung der Pulsfrequenz und Zunahme des Körpergewichtes. Die Augensymptome und die Struma blieben unverändert. Die Röntgentherapie verdient, namentlich in Kombination mit elektrischer Behandlung und Hydrotherapie, den Vorzug vor der operativen Behandlung.

Oskar Porges weist darauf hin, daß bei Morbus Basedowii der oxydative Stoffwechsel gesteigert ist, wenn eine Behandlungsmethode das schädigende Agens beim Morbus Basedowii wirklich trifft, so muß der gesteigerte oxydative Stoffwechsel sinken. Bei den Fällen des Vortragenden, welche Porges untersuchen konnte, fand er zwar als Folge der Röntgentherapie eine Zunahme des Körpergewichtes und Abnahme der Pulsfrequenz, aber der oxydative Stoffwechsel wurde nicht vermindert, sondern stieg noch an. Man müsse daher in der Beurteilung des Wertes der Röntgentherapie noch vorsichtig sein.

Gottwald Schwarz erwidert, daß bei der Beurteilung des Wertes einer therapeutischen Methode eine Besserung des Zustandes des Kranken auch eine wichtige Rolle spielt. *i. m.*

IV. Aus der Praxis.

Von 11 Fällen von **Dermatitis exfoliativa** (schwerer Pemphigus neonatorum), die L. Langstein beobachtete, genasen 7, 4 starben (36%). In einer anderweitig beobachteten Epidemie starben 50%. Das Hauptsymptom ist die Epidermolyse. Ein von einer Hebamme übertragener Fall von Pemphigus neonatorum hatte bei einem anderen Kinde sichere Dermatitis exfoliativa ausgelöst. Besonders schlechtes Allgemeinbefinden und hohe Temperaturen zeigten die mit Salben- oder Pulververbänden in das Krankenhaus eingelieferten Kinder. Auf Heubners Anregung wurden die Kinder wie bei schwerem intertriginösem Ekzem behandelt, d. h. ohne Salben und Verbände, nur mit losen Umschlägen mit verdünnter essigsaurer Tonerde, später mit Bepinseln mittels 3%igen Argentum nitricum-Lösungen an stark entzündeten Stellen, außerdem mit Tanninbädern (20 *g* Acid. tannic. auf 20 *l* Wasser, ein- bis zweimal täglich). Nach dem Bad Abtrocknen und Pudern (½%iges Lenizet-Silber-Puder). In 1—2 Wochen erfolgte dabei Heilung, wogegen diese durch Salbenverbände und Sekretverhaltung verzögert wird. Die Dermatitis exfoliativa muß als sehr kontagiös gelten; daher ist auch Anlegen an die Brust nicht statthaft, vielmehr ist die abgezogene Frauenmilch einzuflößen. (Therapeut. Monatsh. 1907, Nr. 12.)

Zur **Behandlung des Ulcus ventriculi** empfiehlt Hans Elsner als Grundlage der Ernährung der Ulkuskranken die Milch, die in kleinen Mengen, bis zu 1 *l* täglich, gegeben wird. Ihr Nährwert wird durch irgend ein Nährpräparat erhöht. Sehr geeignet für diesen Zweck erscheint nach Elsners Erfahrungen das Reinhardtsche Hygiama, das aus Milch, Weizenmehl, Zucker und Kakao besteht. 10 *g* des Hygiamapulvers enthalten etwa 45 Kalorien, d. h. 70—80 *g* des Pulvers, zu ½ *l* Milch zugesetzt, erhöhen den Nährwert desselben auf das Doppelte. Bei Salzsäureüberschuß oder auch nur normaler Sekretion reicht Elsner große Dosen von Alkalien. Die Patienten erhalten also vom ersten Tage ab bei absoluter Bettruhe eisgekühlte Hygiamaabkochung in Milch mit etwas Zuckerzusatz in steigender Menge, vom sechsten Tage ab Butter, respektive Sahnezusatz, eingeweichten Zwieback, rohe oder weichgekochte Eier. (Ther. d. Gegenwart 1908.)

Adolf Ritter v. Aberle, Wien, schreibt über die Wahl des **Zeitpunktes zur Korrektur rachitischer Verkrümmungen.**

Seiner Ansicht nach wird jetzt im allgemeinen mit dem Zuwarten eines orthopädischen Eingriffes häufig zu weit gegangen. Nach seinen Erfahrungen, die sich sowohl auf ambulantes Material wie auf dasjenige eines kleinen Krüppelheims beziehen, tritt eine spontane Heilung nicht häufig genug ein und ist die Tendenz zur spontanen Korrektur nicht mächtig genug, um sich halbwegs sicher darauf verlassen zu können. Auf der anderen Seite liegt die Gefahr nahe, daß der günstige Zeitpunkt für das Eingreifen verpaßt wird; daraus geht schon hervor, daß jeder Fall individuell beobachtet werden muß. Als allgemein gültige Regel stellt er auf, das floride Stadium der Rachitis abzuwarten, also den Beginn der Erkrankung in früher Kindheit angenommen, ungefähr das vierte Lebensjahr vorübergehen zu lassen. Während dieser Zeit soll von stützenden oder korrigierenden Maßnahmen — einige Ausnahmen zugestanden — Abstand genommen werden, um nicht noch außerdem die Atrophie der Muskulatur und des Herzens zu vermehren. Die Behandlung soll sich in dieser Zeit auf antirachitische Maßregeln beschränken.

Der Verlauf der Erkrankung, nicht das Alter, bestimmt jetzt die weitere Therapie. Tritt, wie am besten durch vergleichende Photographie festzustellen, eine spontane Besserung ohne komplizierende Kompensationskrümmungen ein, so ist nicht operativ einzugreifen. Man kann dann ruhig die Ausheilung der Verkrümmung während des sechsten und siebenten Jahres und darüber hinaus abwarten.

Hat sich hingegen die Hauptkrümmung vermehrt, oder bilden sich stärkere Gegenkrümmungen aus, so ist die vollkommen gefahrlose subkutane Osteotomie auszuführen. (Wien. med. Wochenschr. Nr. 8.)

Bei einem an **schwerer Anämie** verstorbenen Patienten, dessen Blut deutliche myeloide Reaktion und zahlreiche kernhaltige Erythrozyten (12 auf 100 Leukozyten) aufwies, ergab die Autopsie einen **klinisch latent gebliebenen Pyloruskrebs.** Außerdem stellte es sich heraus, daß von dieser Geschwulst aus der ganze Organismus mit Karzinomzellen überschwemmt worden war, die zwar nirgends zu sekundären Knoten Anlaß gegeben hatten, dagegen in den Lymphgefäßen und den Venen von Lunge, Leber und Pankreas Embolien bildeten. In der Leber fanden sich sogar in den intertrabekulären Kapillaren Karzinomzellen vor. (Soc. anat., 8. Mai 1908; Presse méd., 13. Mai 1908.)

Über eine nach **Atoxyl,** das seinen Namen mit Unrecht trägt, auftretende **Erblindung,** wie solche schon öfters nach diesem Mittel beobachtet worden ist, berichtet Nonne.

Eine 37jährige, an allgemeiner Karzinose, aber nicht an Tabes, leidende Frau wurde mit relativ kleinen, langsam steigenden Atoxyldosen (0·06—0·35) behandelt. Nach vier Wochen traten schwere Sehstörungen auf, die ziemlich rasch



zur völligen Erblindung führten, neben Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit und Taubheit. Der Augenspiegelbefund ergab schließlich völlige Abblassung der Papille. Einige Zeit nachher ging die Kranke kachektisch zugrunde. Bei der histologischen Untersuchung zeigte sich eine parenchymatöse Degeneration der Optikusfasern. (Bericht aus dem ärztlichen Verein in Hamburg.)

Aus der Beobachtung, daß bei energischer **Quecksilberbehandlung** der Syphilis die Latenzzeit für die **metasyphilitischen Nervenkrankheiten** (Tabes usw.) verkürzt werde, darf man nicht schließen, daß die Quecksilberbehandlung der Syphilis den Ausbruch der Tabes usw. beschleunige. Spindler glaubt vielmehr, daß die Sache sich so verhalte: Je schwerer die Syphilis auftritt, um so häufiger läßt sich der Kranke behandeln. Syphilitiker mit ganz leichten Symptomen verzichten dagegen auf jede Behandlung; hier ist das Syphilisgift von Anfang an wenig virulent. Beide Kategorien können nun Tabes bekommen, die erstere, schwerere Form natürlich früher trotz ausgiebiger Quecksilberbehandlung. (Deutsche med. Wochenschrift 1908, Nr. 9.)

Bei der Behandlung der **Psoriasis** ist die vorbereitende Entfernung der Schuppen wichtig. Sie geschieht nach Frank H. Barendt zweckmäßig durch nötigenfalls wiederholte Einreibung mit Schmierseife, der am nächsten Morgen ein heißes Bad mit energischem Bürsten zu folgen hat. Bei sehr starker Schuppenbildung kann man der Schmierseife Kalilauge (4·0 bis 7·0 auf 30·0 Seife) zufügen. An behaarter Haut ist energische Einreibung mit Seifenspiritus mit nachfolgender heißer Waschung zweckmäßig. Nach dieser Vorbereitung wird 9%ige Chrysarobinsalbe morgens und abends in die Flecken hineingerieben, bis die Flecken weiß, die umgebende Haut rot geworden sind. Um die Nebenwirkungen des Chrysarobins jedoch von der gesunden Haut abzuhalten, folgt der Einreibung eine Aufstreuung von einem Pulver aus Talkum, Stärkemehl und Zinkoxyd zu gleichen Teilen (eventuell mit Argilla rubra, um die Farbe der Haut nachzuahmen). Der Chrysarobinsalbe folgt, wenn die weiße Veränderung der Eruption erzielt ist, Einreibung von Ung. hydrargyr. alb., das im Gesichte und an der Kopfhaut von vornherein die Chrysarobinsalbe vertritt und bei 2—5%igen Gehalt an Salizylsäure rascher wirkt. Manchmal übertrifft Eugallol das Chrysarobin (mit gleicher Menge Azeton verdünnt aufzupinseln, bei Entzündung sofort aussetzen). Zur Vorbeugung neuer Eruptionen muß monatelang Arsen innerlich gebraucht werden, außerdem sind die Prädilektionsstellen dreimal wöchentlich mit 2—3%igen β-Naphtholsalben einzureiben. Die Leibwäsche soll nicht aus Wolle bestehen. (Therapeut. Monatsh. 1907, H. 11.)

In einem längeren Vortrage über die **Behandlung der Arteriosklerose** empfiehlt Robin als außerordentlich wirksames physikalisches Mittel die Massage, und zwar sowohl eine allgemeine als auch eine lokale. Die allgemeine Massage soll bloß in einem leichten Streichen der Haut („effleurage") bestehen und ist namentlich bei bettlägerigen Patienten anzuwenden, um die periphere Zirkulation anzuregen und dadurch die Eingeweide zu entlasten; dadurch werden toxische Produkte weggeschafft, der Stoffwechsel gehoben und der Appetit angeregt. Mit lokaler Massage läßt sich erstens das Abdomen behandeln, und zwar ebenfalls vorwiegend mit „Effleurage"; dadurch erreicht man eine Verminderung von allfälligen Darmspasmen, man verhindert eine Stase im Darme und erhöht die Diurese. Ferner läßt sich auch das Herz in Angriff nehmen; für ein aufgeregtes Herz paßt ein ganz weiches Streicheln morgens zur Beruhigung vorgenommen; für ein asthenisches Myokard gilt es stärkere Friktionen vorzunehmen; auch Schläge und eine Art Vibrationsmassage mit der flach aufgelegten Hand sind am Platze.

Die Frage, wieso ein Salz im Bade wirken könnte, auch ohne resorbiert zu werden, erörtert Frankenhäuser. Er weist auf die bekannte Beobachtung hin, daß die Salze, mit denen der Körper im Bade in Berührung kommt, außerordentlich lange der Haut anhaften. Da nun die Badesalze (Quellsalze) durchwegs zerfließende (hygroskopische) Salze sind, so überzieht sich infolgedessen die Körperoberfläche während der **Badekur** mit einer kontinuierlichen Schichte konzentrierter Salzlösungen, der Mensch erhält also eine Salzhaut. Und da konzentrierte Salzlösungen außerordentlich fest das Wasser an sich ziehen und die Verdunstung aus so konzentrierten Salzlösungen viel langsamer vor sich geht als aus Wasser, so muß auch die **Wärmeentziehung** (durch Verdunstung) verzögert werden. Hieraus glaubt Frankenhäuser zu erklären, daß bei den Badekuren die Haut immer feucht bleibt, daß sie warm bleibt, weil eben Wasser und Wärme in der Haut zurückgehalten werden. Überzieht sich also der Patient mit einer lange auf der Haut bleibenden Salzschichte, so nimmt dadurch seine Verdunstung ab. Er spart also Wasser, er spart Wärme. (Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 9.)

Ebenso wie die Magensaftsekretion wird auch die Pankreassaftsekretion am stärksten angeregt durch Kohlehydrate, weniger durch Eiweiß und am wenigsten durch Fett. Da nun auch Salzsäure die Pankreastätigkeit stark anregt, während Natrium bicarbonicum sie deutlich hemmt, so muß man sich vorstellen, daß der Einfluß dieser drei Nahrungstypen auf die Pankreassekretion zurückzuführen ist auf ihre Beziehung zur Salzsäureproduktion des Magens. Denn das Fett ist zwar ein direkter Erreger der Pankreassekretion; da es aber nur wenig Salzsäure im Magen produziert, die Salzsäure aber die Pankreastätigkeit stark anregt, so erzeugt es indirekt auch nur wenig Pankreassaft. Um demnach eine **Pankreasfistel** innerhalb kurzer Frist zum Schließen zu bringen, empfiehlt Julius Wohlgemuth eine streng diabetische Kost, bestehend vorwiegend aus Fett und Eiweiß, unter möglichster Vermeidung einer kohlehydratreichen Nahrung (wie Kartoffeln, Brot, Mehlspeisen usw.). Dazu eine häufige Verabfolgung von Natrium bicarbonicum (jedesmal zirka ½ Stunde vor der Mahlzeit einen Teelöffel in etwas Wasser und das gleiche Quantum stets nach dem Essen). Durch den Erfolg dieser Verordnung ließ sich beweisen, daß der ständige Pankreassaftfluß die Ursache für die schlechte Heilung der Pankreasfistel, respektive für deren dauerndes Offenbleiben war. (Berl. klin. Woch. 1908, Nr. 8.)

V. Notizen.

Reichsverband österr. Ärzteorganisationen. An alle Organisationen! Am 3. November l. J. gedenkt die Regierung dem Abgeordnetenhause den Entwurf eines Gesetzes zur Abänderung der Krankenkassengesetzgebung vorzulegen. Der verehrlichen Organisationsleitung sind die Gefahren bekannt, die dem österr. Ärztestande drohen, wenn die Vorschläge des Arbeitsausschusses im k. k. Ministerium (Handelsministerium) als Grundlage für diesen Gesetzentwurf angenommen werden. Insbesondere sind es jene Bestimmungen, welche das Einkommenmaximum, über welches hinaus die Zugehörigkeit zu einer obligatorischen Krankenkasse ausgeschlossen ist, gegenüber den 2400 K des Körberschen Entwurfes auf 3600 K hinaufzusetzen und die ausdrückliche Möglichkeit der fakultativen Einführung der freien Arztwahl aus dem Körberschen Entwurfe eliminieren. In Abgeordnetenkreisen, selbst in jenen, welche der Ärzteschaft näher stehen, herrscht über die Grundlage der ärztlichen Forderungen und über die Bedeutung und den Effekt der Abänderung der Kassengesetze im Sinne des Arbeitsausschusses auf die Existenz der Ärzteschaft ein außerordentlicher Mangel an Aufklärung. Daraus kann die Folge erwachsen, daß eine Regierungsvorlage, welche den Ärzten ungünstig ist, nur aus dem Grunde der Unkenntnis von der Tragweite ihrer Bestimmungen, im Abgeordnetenhause zum Gesetze erhoben wird. Schriftliche und gedruckte Aufklärungen haben in der Regel das Schicksal ungelesen zu bleiben. Es erscheint daher dringend notwendig, daß die Organisationen die Ferien des Abgeordnetenhauses dazu benützen, um die Abgeordneten des betreffenden Wahlkreises oder Landes daheim aufzusuchen und sie über die gerechten Forderungen der Ärzte persönlich aufzuklären, ihnen die Ungerechtigkeit, die gegenüber den Ärzten zur Gepflogenheit geworden ist, klar und gründlich darzustellen. Während der Tagung des Reichsrates sind die Abgeordneten derart mit anderen Fragen, darunter der hohen Politik beschäftigt, daß es schwierig wird ihrer habhaft zu werden, geschweige denn sich für ärztliche Angelegenheiten Gehör und Interesse zu verschaffen. Dazu ist die direkte Einflußnahme von Wählern des betreffenden Abgeordneten begreiflicherweise immer erfolgreicher als jene von Personen, welche dem Wahlkreise des betreffenden Abgeordneten sowie ihm selbst persönlich ferne stehen. Ich stelle den geehrten Organisationen somit zur Erwägung, ob sie es nicht für angezeigt hielten nach Erhebung jener organisationsangehörigen Ärzte, welche mit Abgeordneten persönliche Beziehungen haben, diese aufzufordern, den und jenen Abgeordneten zum Zwecke eingehender



Information aufzusuchen oder, wenn dies unmöglich wäre, sich mit ihm schriftlich ins Einvernehmen zu setzen. Es wäre Nachdruck darauf zu legen, daß sich diese Informationen auf alle Abgeordneten des betreffenden Wahlkreises, bezüglich Landes ausnahmslos erstrecken. Selbstverständlich ist damit nicht ausgeschlossen, daß jeder organisationszugehörige Arzt die Gelegenheit wahrnimmt, wo immer sie sich bietet, um auf Abgeordnete aufklärend einzuwirken, zu welchen sie in Beziehung stehen, auch wenn diese von außerhalb des Wahlkreises oder Landes in das Abgeordnetenhaus gewählt sind. Kein Abgeordneter kann oft genug und von verschiedenen Seiten über die ärztlichen Forderungen informiert werden. Es ist wohl auch selbstverständlich, daß jeder Arzt, der Beziehungen zu Mitgliedern des Herrenhauses oder zu Persönlichkeiten der Regierung besitzt, diese nach Möglichkeit ausnützen soll, um über die traurigen Verhätnisse, die im ärztlichen Stande bestehen und die durch eine den Ärzten ungünstige Abänderung der Krankenkassengesetzgebung bis zum Ruin gesteigert würden, Aufklärungen zu geben; denn unsere bescheidenen Forderungen sind so gerecht und in ihrer Gerechtigkeit und Billigkeit so aufdringlich, daß sich der Einsicht davon niemand entziehen kann, dem die Verhältnisse klar vor Augen gestellt werden. Erwacht die Ärzteschaft nicht jetzt sofort aus ihrer Indolenz, nach einigen Monaten sind die Würfel gefallen und es ist wieder zu spät. Indem ich die vorstehenden Ausführungen der Würdigung der verehrlichen Organisation bestens empfehle, mit kolleg. Grusse Dr. Gruss.

Abnahme des Alkoholverbrauches in den Londoner Krankenhäusern. Aus sieben großen Londoner Krankenhäusern (St. Bartholomew's, Guy's, Middlesex, St. George's, St. Mary's, University College, Westminster) liegen die Ausgaben für geistige Getränke und für Milch in den Jahren 1862 bis 1902 vor. Diese betrugen:

Jahr	Bettenzahl	Ausgabe für geistige Getränke	Ausgabe für Milch
1862	2254	Lire 7712	Lire 3026
1872	2361	„ 7974	„ 4237
1882	2354	„ 5090	„ 7795
1892	2275	„ 3740	„ 7362
1902	2300	„ 2925	„ 9035

Unter diesen Ausgaben sind die für Kranke und Personale verstanden; sie beleuchten besser als dicke Bücher den Wechsel in den Anschauungen der englischen Ärzte über den Wert des Alkoholes als Heilmittel. Holey and Sturge, Alcohol and the human body, S. 6.

Deutsche Naturforscherversammlung in Köln. Soeben ist das detaillierte Programm der 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln erschienen; die Versammlung findet vom 20. bis 26. September statt. In den allgemeinen Sitzungen werden Vorträge halten: Prof. Stadler, München, über Akkestus Magnus; v. Parseval, Berlin, über Flugmaschinen; Geheimrat Rubner, Berlin, über Kraft und Stoff; Prof. Heim, Zürich, über den Bau der Alpen; Prof. Hasserl, Köln, über Kamerun; Prof. Wiener, Leipzig, über Farbenphotographie; Prof. Doflein, München, über die Erreger der Schlafkrankheit; Prof. Morris Davis, Cambridge, über Colorado; Prof. Kayser, Gießen, über die Entstehung des Rheintales; Prof. Einthoven, Leyden, über das Elektrokardiogramm; Prof. Wreght, London, über Vakzinetherapie. Die naturwissenschaftliche Hauptgruppe wird in 13 Abteilungen, die medizinische in 18 Abteilungen ihr Pensum absolvieren. Es sind bisher 300 wissenschaftliche Vorträge angemeldet; die Österreicher haben zahlreiche und wichtige Themen angekündigt: Es werden sprechen: Hofrat v. Eiselsberg, Wien, über Starrkrampf; Prof. Strache, Wien, über das periodische System der Elemente; Prof. Molisch, Prag, über Pflanzenwuchs im Warmbade; Prof. Redlich, Wien, über Gehirnhautentzündung; Prof. Kretz, Prag, über Bauchfellentzündung; Professor Prausnitz, Graz, über Wasserversorgung; Prof. Wertheim, Wien, über Krebsstatistik; Prof. Adamkiewicz, Wien, über die Krebsfrage; Prof. Richler, Prag, über ein botanisches Thema; Prof. Hamel, Brünn, über Mechanik: Prof. v. Mises, Brünn, über Hydromechanik; Dozent Stransky, Wien, über Intelligenzprüfung; Dozent Rethi, Wien, über Kieferhöhlenkrankheiten; Dozent Clairmont, Wien, über Magengeschwüre; Dozent Hajek, Wien, über Naseneiterungen; Dozent Türk, Wien, über Regeneration des Blutes; Dozent Kienböck, Wien, über Röntgentherapie; Dozent Braun, Wien, über Venenpuls; Dozent Jolles, Wien, über ein chemisches Thema; Dozent v. Haberer, Wien, über Gallensteine; Dozent Hochsinger, Wien, über ein Knochenleiden der Kinder; die Wiener Dozenten Jehle und Knöpfelmacher sowie die Kinderärzte Leiner, Spieler, Neurath, Schick, Dozent Alt, Doktor Rustin, Wien, und Dr. Imhofer, Prag, über Ohrenleiden; Doz. v. Pirquet und Dozent Hamburger, Wien, über Tuberkulinimpfung; Dozent Bartel und Dr. Neumann, Wien, über Immunisierungsversuche gegen Tuberkulose; die Dozenten K. und L. Linsbauer, Wien, über botanische Themen; Dozent Oppenheim, Wien, über eine Hautkrankheit; Dozent Fränkel, Wien, über Gehirnchemie; Prof. Weinberg, Leitmeritz, über den Mittelschulunterricht; Prof. König und Dr. Vetters, Wien, über die Geologie von Nordsyrien; Dr. Silbermark, Wien, über Tuberkulose; Dr. Reinitzer, Graz, über ein pharmakologisches Thema; Dr. Reicher, Wien, über Kinderschutz; Dr. Ditmar, Graz, über Luftschiffballons; Dr. Lustig, Meran, über Zuckerharnruhr; Doktor Fisch, Franzensbad, über Herzregulation; Pharmazeut Assinger, Wien, über Salizylpräparate; Dr. Lachs, Krakau, über medizinischgeschichtliche Themen; Dr. Finsterer, Wien, über Knieverletzungen; Dr. Fürsterer, Graz, über ein geburtshilfliches Thema; Dr. Tuszkai, Marienbad, über Blutuntersuchung; Dr. Metz, Meran, über Plombage von Zähnen; Dr. Sickinger, Brünn, und Doktor Weinstein, Karlsbad, über Zahnheilkunde; Ingenieur Wimmer, Wien, über vorteihafte körperliche Erziehung.

VI. Offene Stellen.

Sekundararztesstelle im öffentlichen Krankenhause zu Steyr (Oberösterreich). Mit dieser Stelle, welche nicht als eine definitive, sondern als eine beiderseits vierteljährlich kündbare Anstellung angesehen werden muß, ist ein jährliches Adjutum von 1600 K, der Anspruch auf volle Verpflegung im Krankenhause, bestehend in Frühstück, Mittagessen, Jause und Abendessen und endlich freies Quartier im Spitale verbunden. Bewerber um diese Stelle, welche sich der hiefür bestehenden Dienstinstruktion zu unterwerfen haben, müssen deutscher Nationalität und ledig sein und haben ihre mit dem Doktordiplome, dem Geburtsscheine und dem Heimatsscheine sowie den Zeugnissen über ihre bisherige praktische Verwendung belegten Gesuche bis längstens 15. September d. J. bei der Stadtgemeindevorstehung in Steyr einzubringen. Auf den Dienstantritt bis längstens 15. Oktober d. J. wird besonderes Gewicht gelegt und werden Bewerber, die den Dienst am 15. Oktober 1908 antreten können, bevorzugt.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 38. Wien, 19. September 1908. Nr. 38.

INHALT:

Aphorismen zur Therapie der Bleichsucht.

Von **Sanitätsrat Dr. Beerwald,** Bad Altheide und Berlin.

(Fortsetzung.)

So wohltätig Bewegungen, vor allem gewisse geregelte Bewegungen für Chlorotische sind, so kann man leicht durch ein Übermaß schweren Schaden zufügen, und man sollte daher niemals in dieser Beziehung Vorschriften geben, bevor man nicht die Leistungsgrenze der in Frage kommenden Persönlichkeit genau festgestellt hat. Gewisse mäßige Turnübungen, welche die Zirkulation im ganzen Körper regeln und heben, gewisse maßvolle Spaziergänge in klimatisch schöner Gegend, mit der Zeit auch kleine Gebirgstouren wirken außerordentlich segensvoll, so lange sie sich unterhalb der Leistungsgrenze bewegen. Wenn man bei dieser turnerischen und körperlichen Betätigung, welche eine tägliche sein muß, allmählich eine Zunahme des Appetites findet, so kann man die Leistung steigern, aber ebenfalls nur mit Vorsicht, um nicht durch ein zu schnelles Vorwärtsgehen das soeben Erreichte wieder zu verlieren. Zu den körperlichen Übungen gehören auch verständig betriebene Sports, deren man bei manchen anspruchsvolleren Persönlichkeiten nicht wird entbehren können, und unter den Sports möchte ich vor allen Dingen das Radfahren nennen, von dem besonders englische Ärzte einen zweifellosen Erfolg in der Chlorosetherapie gesehen haben. Solange keine schweren Formen von Chlorose vorliegen, solange das Herz normal ist, wozu ich bei Chlotorischen selbst eine mäßige Pulsvermehrung als einer Selbsthilfe des Organismus rechnen möchte, und wenn die betreffenden Persönlichkeiten in richtiger Kleidung, in verständigem Tempo und in richtiger Haltung das Rad benutzen, so kann daraus für sie niemals ein Nachteil entstehen, und das Vergnügen, welches das Radfahren gewährt, wird als ein wesentlicher Faktor bei der Heilwirkung mitsprechen.

Zu diesen beiden energiehebenden Momenten der Hautpflege und der Muskeltätigkeit gesellt sich als drittes das durch die Verdauungsorgane. Man soll Chlorotischen Salz und Gewürze nicht vorenthalten, aber ohne mit ihnen einen schädlichen Überfluß zu treiben, bedürfen doch die Chlorotischen schon aus dem Grunde einer besonders schmackhaften Kost, damit die Verdauungssäfte in einigermaßen genügender Menge ausgeschieden werden. Es ist ja nur zu erklärlich, daß auch der Appetit oft viel zu wünschen übrig läßt, weil der durch die Schwäche bedingte Bewegungsmangel seinerseits mit den Stoffwechsel verlangsamt und nicht in dem Körper die notwendige Eßlust entstehen läßt. Um so mehr muß dann die Kost diesen Ausfall zu decken suchen, und ich halte es durchaus für zulässig, selbst krankhaften Lustgefühlen in den Mahlzeiten nachzugeben, so lange nicht dadurch direkte Schädigungen veranlaßt werden. Vor allem scheint es mir nicht gerechtfertigt, in der rigorosen Weise, wie es häufig geschieht, den Bleichsüchtigen saure Speisen zu verbieten. Sogar bei Eisentherapie soll man ihnen saure Speisen nicht vorenthalten, falls nicht Hyperazidität vorliegt, und das Obst ist in jedem Falle nicht nur zu gestatten, sondern zu empfehlen und wird auch niemals für den Magen nachteilig wirken, wenn man zwischen der Einnahme des Eisenpräparates und dem Genusse des Obstes, respektive der sauren Speise einen Zeitraum von zirka zwei Stunden vergehen läßt. Das Obst ist für die Bleichsüchtigen eine Notwendigkeit, nicht in letzter Linie wegen seines Einflusses auf den Darm, und es ist zu bedauern, daß die Ansicht Nothnagels über den schädlichen Einfluß der Obstipation auf den gesamten Organismus so verhältnismäßig wenig Beachtung bei den Ärzten gefunden hat. Ohne die weitgehenden Schlüsse Metschnikoffs bezüglich der Lebenslänge unbedingt unterschreiben zu wollen, dürfte es doch ganz außer Frage sein, daß das längere Verweilen von Kotmassen im Darme für den Körper wegen der Durchlässigkeit der Darmwand für die mit Fäulnisstoffen beladenen Gase und Flüssigkeiten ein nicht zu unterschätzender Nachteil ist. Wenn man bedenkt, daß andererseits auch die schlaffe matte Haut nur ungenügend ihre Aufgabe erfüllt, den Körper von Verbrauchsstoffen zu befreien und damit zu entgiften, so ist es sehr wohl möglich, daß auf Grund dieser doppelten, teils direkten, teils indirekten Verschlechterung der Körpersäfte, resp. des Blutes ein weiteres Hemmnis für die energetischen Vorgänge geschaffen wird, und niemand wird diese Auffassung zurückweisen können, schon aus dem Grunde, weil das mit ungünstigen Stoffen überladene Blut der Bleichsüchtigen natürlich auch die Tätigkeit der blutbildenden Organe hemmen muß. Daher empfiehlt es sich unbedingt, die Diätetik so zu regeln, daß leichte und tägliche Entleerungen gesichert sind, daß aber auch andererseits die Fäulnisvorgänge im Dickdarme möglichst beschränkt



werden. Aus dieser Überlegung ist von mancher Seite der Genuß der Eier eingeschränkt worden, trotzdem gerade diese Kranken das Eiweiß ganz besonders brauchen, und ich möchte auch das Fleisch nicht zu sehr hier empfehlen, von dem ich wegen seines Blutgehaltes am meisten für Wildbret eintrete. Wertvoll dagegen scheinen mir die Fische, die pflanzlichen Eiweißträger und vor allem der weiße weiche Käse; von den Gemüsen sind die eisenhaltigen zu bevorzugen, wie Spinat, Mohrrüben, Spargel; auch die Kartoffel darf in dem Speisezettel der Chlorotischen nicht fehlen, und das Brot wird am besten als Kleienbrot gegeben, einmal um seinen Eisengehalt zu erhöhen, sodann aber auch, um durch die Spelze einen Einfluß auf die Darmwand auszuüben. Ob dagegen die lebhafte Empfehlung der Milch berechtigt ist, möchte ich nicht ohneweiters bejahen. Man muß doch stets bedenken, daß die Milch über 90% Wasser enthält, und mindestens sollte niemals schablonenhaft gesagt werden: „Trinken Sie möglichst viel Milch.“ Es ist z. B. etwas ganz anderes, ob man die Milch nach der Mahlzeit trinken läßt oder vor der Mahlzeit, in welch letzterem Falle sie den Appetit verringert und die Aufnahme wertvollerer Speisen beeinträchtigt. Ganz zu verwerfen scheint mir das Aufzwingen der Milch, wo Widerwillen gegen sie besteht, und man sollte auch mehr als bisher zwischen der sauren und der süßen Milch unterscheiden, von welchen die saure aus verschiedenen Gründen, sei es als einfache saure Milch, sei es als Yoghurtmilch, den Vorzug verdient.

(Fortsetzung folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Infektionsleichenhalle und Infektionsspital. — Das neue Privatbeamtengesetz.)

Im Sommer fand die Einweihung der Infektionsleichenhalle am Wiener Zentralfriedhofe statt. Dieselbe bildet einen Teil der vom Gemeinderat beschlossenen Bauten am Zentralfriedhofe (Kirche, Kolumbarien usw.) und ist ebenfalls ein Werk des Architekten Max Hegele. Die Kosten hiefür betragen 318.000 Kronen. Bei dieser Leichenhalle ist zu bemerken, daß die Leichenbetten nur im Tiefparterre, und zwar in gemeinschaftlichen Sälen, untergebracht sind; eine Anordnung, die deshalb getroffen wurde, weil eine Aufbahrung der an infektiösen Krankheiten Verstorbenen in separaten Kojen aus naheliegenden sanitären Rücksichten unstatthaft ist. Für besonders gefährliche Infektionsleichen sind im Tiefparterre auch Isolierzellen für je eine, zwei und vier Leichen angeordnet, um bei diesen besonders bedenklichen Fällen die ganze Umgebung leichter desinfizieren zu können. Im Hochparterre sind beiderseits der Einsegnungshalle die durch Glaswände getrennten Wartehallen disponiert. Der Priester nimmt die Einsegnung ebenfalls durch die die Kapelle an der Vorderseite abschließende Glaswand vor. Der Vorgang bei der Einbringung von Infektionsleichen ist nun folgender: Eingebracht wird die Leiche beim rückwärtigen Flügel in den Manipulationsraum. Mittels Aufzuges gelangt selbe sofort in das Tiefparterre und wird in einem der Säle auf eines der dortselbst befindlichen Leichenbetten gebracht. Gewöhnlich kommen solche Leichen schon desinfiziert in Särgen in die Halle, woselbst sie dann bis zur Beisetzung verbleiben. Zur Einsegnung bringen Diener den Sarg zum Aufzuge unter der Kapelle. Nunmehr wird der Sarg zur Kapelle emporgehoben. Die Leichenträger treten durch beiderseits vom Altar gelegene Türen in der Rückwand in die Kapelle. Während der Einsegnung durch den Priester befinden sich nur die Leichenträger mit dem Sarge in der Kapelle. Nach der durch die vordere Glaswand erfolgten Einsegnung, der in den seitlichen Wartehallen die Leidtragenden und Trauergäste hinter den festverschlossenen Glaswänden anwohnen, begibt sich der Priester zurück und die Türen zu den seitlichen Wartehallen werden geschlossen. Der Sarg wird von den Leichenträgern gehoben und über die Mitteltreppe hinabgetragen. Von den zwei seitlichen Treppen, bezw. Wartehallen kommend, schließen sich die Trauergäste an. Nach erfolgter Beisetzung begeben sich die Leichenträger, Diener usw., welche nunmehr den

Feuilleton.

Die Organisation der Still- und Milchkasse in Wien.

Von **Dr. Siegfried Weiß,** Vorstand der Säuglingsfürsorgestellen des Vereines „Säuglingsmilchverteilung“, Wien.

(Schluß.)

Beim Eintritt in die Still- und Milchkasse während des

1.	Schwangerschaftsmonates wird gezahlt	K 0·39	durch	je 38	Wochen
2.	„ „ „	„ 0·46	„	„ 32	„
3.	„ „ „	„ 0·52	„	„ 29	„
4.	„ „ „	„ 0·60	„	„ 25	„
5.	„ „ „	„ 0·71	„	„ 21	„
6.	„ „ „	„ 0·87	„	„ 17	„
7.	„ „ „	„ 1·25	„	„ 12	„
8.	„ „ „	„ 1·86	„	„ 8	„
9.	„ „ „	„ 3·75	„	„ 4	„

Der Verein hätte in dem Falle, daß ihm ärztlicherseits ein Säugling zur künstlichen Ernährung überwiesen wird, 30 K als durchschnittliche Kosten für die Ernährung während eines halben Jahres bestreiten müssen. Die Mutter hätte während dieses Termines an Regiebeiträgen pro Woche 50 h, d. i. insgesamt zirka 15 K zu leisten. Bei dieser Versorgung wäre der Säugling jedoch als künstlich ernährtes Kind allen Gefahren der unnatürlichen Ernährung ausgesetzt gewesen. Auf Grund der Erwägung, daß für die künstliche Ernährung die Geldmittel von beiden Seiten, der Mutter und der Säuglingsfürsorgeeinrichtung, stets aufgebracht werden können, würde es nur des ernsten Versuches bedürfen, die Frauen schon zur Zeit vor oder während der Schwangerschaft zu diesen kleinen Rateneinzahlungen zu bestimmen, sie zur Stillung ihres künftigen Kindes aufzumuntern und ihnen dann im Falle der Durchführung der natürlichen Ernährung den von der Säuglingsfürsorgeeinrichtung für Milchausgabe bestimmten Betrag (bei unserer Berechnung 30 K) als Stillunterstützung in Aussicht zu stellen. Es wird sich naturgemäß die Höhe der von den Frauen zu leistenden Einzahlungen und die von den Fürsorgeorganisationen zu tragenden Kosten für die Säuglingsmilchabgabe von Ort zu Ort, von Land zu Land verschieden verhalten. Groß jedoch werden die Unterschiede nicht sein können. Die Schwankungen werden stets nur wenig betragen und im großen und ganzen werden die anzustellenden Berechnungen zumeist mit der Höhe der schon jest festgesetzten und verausgabten Beihilfen an stillende Mütter gut übereinstimmen. Wollte man vom Sprachgebrauche in der Versicherungstechnik die Bezeichnungen auf das beschriebene Sparsystem übertragen — womit jedoch keineswegs weder auf eine innere noch eine äußere Ähnlichkeit mit dem Versicherungsprobleme hingewiesen werden soll —, so würden eigentlich die Einzahlungen der Frauen als Prämien, die Beitragsleistung des Vereines als Fehlbetrag oder Prämienreserve und die gesamten Auszahlungen des letzteren an die stillenden Frauen als Unterstützungen, Beihilfen oder Renten zu bezeichnen sein. Es sei jedoch von vornherein die Bezeichnung „Versicherung“ für die Organisation der Still- und Milchkassen abgelehnt, da das Grundprinzip der Versicherung, nämlich die Überwälzung des Risikos auf die Versicherungsnehmer vollkommen fehlt. Das ist schon aus dem Grunde geboten, um den Frauen den Beitritt in die Still- und Milchkasse möglichst vorteilhaft erscheinen zu lassen. Daher ist es für die Heranziehung von möglichst vielen Schwangeren notwendig, jede Möglichkeit des Verlustes ihrer Einzahlungen auszuschließen. Und tatsächlich erhalten die Frauen in dem Falle einer Fehlgeburt, eines Ortswechsels und auf eigenes Verlangen ohne Angabe eines Grundes ihrer Einzahlungen ungeschmälert zurück; wenn dies nicht eintritt, sondern die Frau die natürliche Ernährung durchführt, dann erwachsen ihr die großen Vorteile der vielmonatlichen Stillunterstützung. Mit der Ausschaltung des Risikos ist jedoch die Notwendigkeit ein-

Dienst verlassen, über die linke rückwärtige Treppe ins Hochparterre in den hinter der Kapelle disponierten Auskleideraum. Ein Diener übernimmt Kleider und Wäsche und befördert dieselben in den Desinfektionsraum. Nach gründlicher Reinigung im Brausebade (neben dem Ankleideraume gelegen) begeben sich die Leute in den Ankleideraum, wohin ein anderer Diener die von der anderen Seite des Ofens entnommenen desinfizierten Kleider gebracht hat.

Wie wir sehen, hat die Gemeinde so viel Geld, daß sie 318.000 K für eine monumentale Leichenhalle ausgibt, die in dieser Art vollkommen überflüssig ist, so daß die Infektion durch Leichen ziemlich ausgeschlossen ist. Dafür besteht aber in Wien ein empfindlicher Mangel an Infektionsspitälern, so daß der Infektion durch noch Lebende Tür und Tor geöffnet ist. Wir erinnern nur an die skandalösen Zustände anläßlich der letzten Blatternepidemie, die der Wiener Bürgermeister noch letzthin als „den größten Schwindel“ zu bezeichnen die Stirne hatte, ohne daß ihn ein Sturm des Unwillens hinweggefegt hätte, als zugleich eine Scharlachepidemie wütete. Infektionskranke mußten stundenlang auf Aufnahme in den betreffenden Kanzleien warten, wurden von Pontius zu Pilatus geschickt, ja, man mußte aus Mangel an Betten Scharlachkranke in Privatpflege belassen, da ein verfügbares Notspital in epidemiefreier Zeit in ein Kloster verwandelt worden war. Diese Belassung der Scharlachkranken in den Wohnungen und diese öffentliche Etablierung der Infektionsherde hieß im städtisch-offiziösen Stil eine bahnbrechende Neuerung, die „Errichtung von Privatspitälern“ genannt wurde. Und die Bürger von Abdera werden es sich auch weiter bieten lassen, daß die Gemeinde Geld hat für eine luxuriöse, stilvolle pompöse Infektionsleichenhalle, daß sie aber kein Geld hat für Errichtung neuer Infektionsspitäler, die bitter nottut. Mit demselben Gelde, das für den Bau dieser prunkvollen Leichenhalle verschwendet wurde, hätte man ein modernes Infektionsspital bauen können, das auch eine einfache Leichenhalle hätte umfassen können, wie sie sonst überall bestehen. Aber die heutigen Gemeindemachthaber haben Geld für die kostspielige Betätigung ihrer klerikalen Gefühle auf Gemeindeunkosten; ehe sie aber ein Infektionsspital errichten, führen sie lieber jahrelange Prozesse bis zum Verwaltungsgerichtshofe. So sieht es auf der glückseligen Insel aus.

Es ist wichtig zu wissen, daß das neue Privatbeamtenversicherungsgesetz bald in Kraft treten wird. In der letzten Sitzung des betreffenden Ausschusses stellte der Obmann Dr. Licht die von einer Reihe von Körperschaften, wie insbesondere dem Niederösterreichischen Gewerbevereine vertretene Forderung, das Inkrafttreten des Gesetzes zu sistieren, zur Erörterung und brachte auch den am 17. Juni gefaßten Beschluß der zweiten Abteilung des Industrierates, welcher im Hinblick auf die in Aussicht stehende Einführung der Alters- und Invaliditätsversicherung der Arbeiter und selbständigen Gewerbetreibenden und Landwirte die Sistierung fordert, zur Kenntnis. Er machte darauf aufmerksam, daß der Beschluß des Industrierates übersehe, daß die Pensionsversicherung der Privatbeamten auch die Witwen- und Waisenversicherung beinhalte und auch sonst nicht mit der geplanten Arbeiterversicherung und Volksversicherung, welch letztere wohl nur eine Altersversicherung sein werde, zusammenzuwerfen sei. Nach einer eingehenden Beratung dieser grundlegenden Frage, an der die Abgeordneten Eldersch, Dr. v. Onciul und Jesser sich beteiligten, wurde einhellig beschlossen, in die Frage der Sistierung des Inkrafttretens des Gesetzes weiter nicht einzutreten und dem Vollausschusse keine dahin zielenden Anträge zu unterbreiten. Der Obmann Dr. Licht brachte sodann eine Reihe von Anträgen, die sich teils auf eine Legaldefinition der versicherungspflichtigen Beamten, die den aus den Interessenkreisen gegebenen Anregungen Rechnung tragen soll, und die vom Ministerium des Innern mittlerweile herausgegebenen Ergebnisse der statistischen Erhebungen des Jahres 1907 verwertet, teils auf Erhöhung der Leistungen beziehen, die den Versicherten durch eine Änderung der Rechnungsgrundlage ohne Erhöhung der Prämien zuteil werden sollen.

---

getreten, den pro Säugling erforderlichen Fehlbetrag aus anderen Quellen zu schöpfen. Als solche Instanzen zur Geldbeschaffung sind der Staat, die Gemeinden, die Arbeitgeber und die private Wohltätigkeit berufen. Auch die staatliche Mutterschaftsversicherung muß mit Subventionen aus öffentlichen Mitteln rechnen.

Die Stillkasse erblickt ihre Hauptaufgabe in der Durchführung aller Maßnahmen, die der Förderung der natürlichen Ernährung dienen, und nicht etwa in der Anhäufung großer Vermögen und Kapitalsreserven. Es ist bloß erforderlich, daß für jede eintretende schwangere Frau der sogenannte Fehlbetrag oder die Prämienreserve in Höhe der Differenz zwischen ihrer Einzahlung und der eventuellen Gesamthöhe der Auszahlung vorrätig sei oder zu diesem Zwecke erst von dem Arbeitgeber, der Dienstherrschaft, dem Kindesvater oder auch aus dem Subventionsbetrage der Gemeinden oder öffentlichen Mittel gedeckt werde. Diese Art der Geldbeschaffung für die Stillprämiendeckung kann auch nachträglich für jeden einzelnen Fall von der für die Zahlung aufkommenden Instanz verrechnet und erhoben werden. Es soll die Stillkasse auch nicht das Muster abgeben für die Art und Weise einer technisch bis ins kleinste Detail ausgearbeiteten Versicherungsinstitution, die mit eigenem Fonds zu rechnen hat. Sie kann es schon deshalb nicht sein, weil sämtliche Momente, die die Erhöhung des Einlagekapitals bezwecken, vollkommen fehlen. So fehlt, wie erwähnt, jegliches Risiko für die eintretenden Frauen und damit die Möglichkeit, aus dem Verfalle ihrer Einlagen das Vermögen, wenn auch nur zugunsten der übrigen in gleicher Weise dürftigen Mitglieder zu vermehren. Es fällt auch die bei der Wöchnerinnenunterstützung der Krankenkassen sonst übliche Karrenzzeit weg. Dadurch kann es sich ereignen, daß eine Frau entweder bei vorzeitiger Entbindung oder bei der irrtümlichen Angabe eines früheren Schwangerschaftsmonates oder schließlich bei unvollständiger Einzahlung aus irgend einem anderen Grunde eine wesentlich geringere Einlage als die vorberechnete von 15 K bezahlt hat. Dieses scheinbare Defizit schon bei der Einzahlung ist jedoch kein Grund für eine Ausschließung der Frau von der Unterstützung, und dieses Verhalten hat seine Begründung in der ärztlichen Erfahrung, die lehrt, daß es am Beginne der Stillung noch unmöglich ist, über die voraussichtliche Stilldauer eine bestimmte Vorhersage zu machen. Aus diesem Grunde ist es zweckmäßiger und kann als ein für die Erleichterung der Aufnahme von schwangeren Frauen in die Stillkasse wichtiges praktisches Vorgehen angesehen werden, wenn durch den Wegfall der Karenzzeit dem freiwilligen Beitritte von schwangeren Frauen keine Hindernisse bereitet werden. Da erst nachträglich bei der wirklichen Durchführung der Stillung bestimmt werden kann, wie lange die betreffende Mutter im Genusse der Stillunterstützung stehen wird, so ist es in vielen Fällen nicht notwendig, die ganze für die Dauer einer halbjährigen Stillunterstützung berechnete Einlage von seiten der Frau zu besitzen. Denn im Falle einer kürzeren Stillungsdauer wäre eine solche Volleinlage nicht erforderlich gewesen. Andererseits würde es von einem hemmenden Einfluß auf die anwachsende Beteiligung von schwangeren Frauen und ihren Beitritt in die Stillksse sein, wenn strenge Vorschriften ihre Aufnahme erschweren würden. Dem Zwecke der Stillkassenidee ist weit mehr damit gedient, viele Frauen in der Schwangerschaft für dieselbe zu gewinnen und dann erst bei der Exekutive der Stillung die individuelle Behandlung jedes einzelnen Falles auf Grund der Erfahrung des Säuglingsfürsorgearztes vorzunehmen. Auf diese Art wird der Zweck der Propaganda für die natürliche Ernährung, für die die Stillkasse eine materielle Handhabe bieten soll, am besten erfüllt werden können. Es wäre daher wünschenswert, die Stillkasse etwa wie die geplante gesetzliche Mutterschaftsversicherung der Zukunft auf sämtliche im

Nach einer eingehenden Debatte, in deren Verlauf Sektionschef Dr. Ritter v. Wolf und Regierungsrat Blaschke verschiedene sachliche Aufschlüsse gaben, wurden die Vorschläge des Vorsitzenden grundsätzlich gutgeheißen. Beschlossen wurde ferner, mit aller Entschiedenheit dahin zu wirken, daß der staatliche Rentenzuschuß für die Alters- und Invaliditätsversicherung der Arbeiter auch für die Beamtenversicherung gewährt werde und eine diesbezügliche Bestimmung in den Gesetzestext aufzunehmen.

Erste Tagung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft in Hamburg.

Die Vormittagssitzung der Gesellschaft wurde mit einem Vortrage von Marine-Generalarzt Dr. König über ärztliche Mission und Tropenhygiene begonnen.

Der Redner ging davon aus, daß trotz aller anerkennenswerten Arbeit der Regierungs- und Schutztruppenärzte die Sanierung unserer Kolonien nur langsame Fortschritte macht, und zwar nur, weil das vorhandene ärztliche Personal an Zahl völlig ungenügend ist. Um bei der Ausbreitung unserer Besitzungen genügend Ärzte zur Verfügung zu haben, müssen Missionsärzte in großer Zahl ausgebildet und hinausgesandt werden. Über die Form, in der dies zu geschehen hat, macht der Vortragende im Auftrage des Berliner Vereines für ärztliche Mission eingehende Mitteilung. Prof. Fülleborn demonstrierte mit Lichtbildern eine große Anzahl auf parasitische Insekten bezüglicher Präparate aus der reichhaltigen Sammlung des Institutes für Schiffs- und Tropenkrankheiten, indem er gleichzeitig eigene Untersuchungen darüber mitteilte. Er schilderte die entsetzlichen Leiden, die durch die Larven einer in Brasilien lebenden Fliege verursacht werden, die in Nase und Ohr eindringt, sich rücksichtslos durch die Gewebe hindurchfrißt und oft den Tod der unglücklichen Befallenen herbeiführt. Harmloser sind die sogenannten Dasselbeulen, d. h. Hautgeschwülste, in denen Fliegenmaden stecken, wie sie nicht nur beim Vieh, sondern auch beim Menschen, zumal in den Tropen, oft beobachtet werden. Eine ganze Anzahl von Fliegen ist imstande, derartige Geschwülste hervorzurufen und der Vortragende berichtete besonders über die Cordylobia Grünbergi genannte Fliege, deren Larven er in Ostafrika in seiner eigenen Haut ausreifen ließ, um die Affektion genauer zu studieren. Andere Fliegenlarven wandern in der Haut des Menschen umher und erzeugen dadurch einen äußerlich sichtbaren Gang, nach dem die Krankheit sehr bezeichnend als Maulwurfskrankheit bezeichnet wird; der Vortragende konnte über drei von ihm beobachtete Fälle aus dem Seemannskrankenhaus berichten.

Interessante Beobachtungen machte der Vortragende auch am Sandfloh. Der Sandfloh ist im gewöhnlichen Zustande ein ganz kleiner Floh, dessen Weibchen jedoch, wenn es in die Haut eingedrungen ist, durch die in seinem Leibe heranwachsenden Eier zur Größe einer Erbse anschwillt. Damit der Floh an seinem Sitze in der Oberhaut festgehalten wird, besitzt er, wie der Vortragende nachweisen konnte, geradezu raffinierte Anpassungen an seine parasitische Lebensweise. Die übrigen Ausführungen von Prof. Fülleborn, der mit seinem Vortrage den lebhaften Beifall von der Versammlung erntete, haben ein mehr fachwissenschaftliches Interesse.

Privatdozent Dr. Goebel, Breslau, demonstrierte makro- und mikroskopische Präparate über Geschwulstbildung bei der besonders in Ägypten sehr häufigen Bilharziakrankheit. Diese wird durch einen in dem Blute der Unterleibsorgane lebenden Wurm (Trematoden) hervorgerufen, der seine Eier in die Schleimhaut des Harn- und Darmapparates ablegt und dadurch zur Ursache entzündlicher Vorgänge wird, die zur Bildung von Geschwülsten führen, und zwar zunächst zu Granulationstumoren im Sinne Virchows, dann aber auch zu echten Neubildungsgeschwülsten guter oder bösartiger Natur (Krebse). Letztere bilden fast 50% der operierten Fälle und die Krebszellen haben entweder den Bau der Blasenschleimhautzellen oder, was besonders interessant und wichtig

---

gebärfähigen Alter stehenden Personen auszudehnen. Diesem Gesetze einer künftigen Zeit vorzugreifen, liegt aber nicht in der Absicht der Stillkasse. Was sie zu tun bestrebt ist, liegt ausschließlich auf dem Gebiete der Nutzbarmachung aller bisherigen ärztlichen und sozialhygienischen Erfahrungen in der Säuglingsfürsorge und Stillunterstützung, für die Zwecke einer werktätigen Mithilfe zur allgemeinen Durchführung und neuerlichen Wiedereroberung der Ernährung an der Mutterbrust.

Aus den Beobachtungen der letzten drei Jahre in der Tätigkeit der Stillkassen können die Schicksale der Frauen und ihrer Säuglinge verfolgt und zu ganz neuen wertvollen Beobachtungen verwendet werden. Es hat sich im Verlaufe der Schwangerschaft und für den Ablauf der Geburten sowie der Stillungsdauer folgende Gruppeneinteilung feststellen lassen:

Gruppe 1. Schwangere Frauen und ihre Schicksale bis zum Ende der Schwangerschaft.

1. Angemeldet aber nicht eingezahlt.
2. Beigetreten und vor Beendigung der Schwangerschaft ausgeschieden.
3. Beigetreten, Einzahlung verfallen lassen.
4. Abortus oder Totgeburt.
5. Einlage zurückgezogen.
6. Schwangere Frauen, die derzeit noch einzahlen.

Gruppe 2. Mütter und ihre Schicksale nach der Entbindung.

7. Tod von Mutter und Kind.
8. Ärztliches Stillverbot.
9. Einlage zurückgezogen.
10. Prämiierte Frauen.
11. Noch in Prämiierung begriffen.

Die auffälligste Beobachtung ist diejenige, daß die Stillkasse nur einen Teil der in der Schwangerschaft beigetretenen Frauen auch wirklich bei der Ausführung ihrer Absicht, das Kind selbst zu stillen, unterstützen kann. Die Ursachen für diese Erscheinung sind mehrfache. Ein Teil der angemeldeten Frauen hat ihren Beitritt durch Einzahlung zu verwirklichen unterlassen, weil die ratenweise Auszahlung von kleinen Beträgen nicht nach ihren Erwartungen war, indem sie sich vorstellen, ähnlich wie bei der Wöcherinnenunterstützung, wenn auch für kürzere Zeit, so doch auf einmal größere Beträge eingehändigt zu erhalten. Ein Teil von Frauen, der zeitweilig schon Einlagen leistete, zog dieselben wegen eingetretener Notlage durch eigene Arbeitslosigkeit oder die des Gatten zurück. Solche Zurückziehungen von Einlagen traten mitunter auch vor den Wohnungszinsterminen auf. Auch die häufigen Ortswechsel bei dem fluktuierenden Material aus den Arbeiterkreisen war Ursache für die Zurückerstattung der Einlagen. Schließlich spielte die Unterbrechung der Schwangerschaft durch Fehlgeburt oder Totgeburt auch eine große Rolle.

Es tritt daher die auffallende Erscheinung zutage, daß nur ein kleiner Teil der eintretenden Schwangeren wirklich in den Genuß der Stillprämien kommt. So sind unter den 100 eingetragenen Mitgliedern nur 33 zur Stillprämiierung gelangt. Dieses merkwürdige Verhalten ist nicht in dem Systeme der Still- und Milchkasse bedingt, sondern durch die oben angeführten äußeren Umstände verursacht.

Sehr erfreulich ist die Tatsache, daß in den verflossenen drei Betriebsjahren der Stillkasse kein einziges an der Brust ernährtes Kind gestorben ist.

Die Ausführungen mögen nunmehr geschlossen werden. Es war nur beabsichtigt, eine kurze ärztliche und administrative Übersicht zu geben. Wenn sie die Anregung dazu bieten wird, neue Stillkassengründungen ins Leben zu rufen, dann hat diese Veröffentlichung ihren Zweck erreicht.

ist, denjenigen der Deckzellen der äußeren Haut oder von Schleimhautzellen des Darmes. In den Nieren sah der Vortragende einen Nierenbeckenkrebs bei gleichzeitigem Nierenstein und Bilharziakrankheit. Im Darme kommen Polypen vor, die Würmer und Eier enthalten. Endlich finden sich sekundäre Tumorbildungen sowohl im Nierenbecken als auch im Darme in Form der sogenannten „Bilharziafisteln“, Eiter und Eier entleerende Öffnungen, die inmitten eines fibrom- und keloidartigen Gewebes liegen und oft von papillären Wucherungen der Haut umgeben sind.

Der nächste Vortragende, Dr. Hartmann, Berlin, berichtete über eine neue Dysenterieamöbe, die von der harmlosen Amöbenart, sowie der bisher allein bekannten Amöba bystolitica verschieden ist. Besonders charakteristisch sind die Zysten, die stets vier Kerne besitzen. Sie scheinen seltener Komplikationen wie Leberabszeß zu geben, der bei der anderen Form nicht so selten auftritt.

Den nächsten Vortrag hielt wiederum Prof. Fülleborn. Derselbe hatte Gelegenheit, im Hamburger Seemannskrankenhause eine Anzahl von Patienten zu untersuchen, welche in ihrem Blute die als Filarien bekannten mikroskopischen Würmchen beherbergten. Diese Würmchen haben die Eigentümlichkeit, daß sie bei einigen Patienten nur des Nachts, bei anderen nur am Tage gefunden werden, während sie bei wieder anderen gleichmäßig am Tage und auch in der Nacht vorkommen. Die nur am Tage und die nur in der Nacht vorkommenden Würmchen gehören nach der Ansicht einiger Forscher derselben Wurmart, nach anderen aber verschiedenen Wurmarten an und der Vortragende kam auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß es sich dabei in der Tat um ganz verschiedene Wurmarten handelt. Die Würmchen, die nur am Tage im Blute angetroffen werden, sind, wie dies zuerst von Sir Patrick Manson behauptete, die Brut des in Westafrika recht häufigen Augenwurmes (Filaria loa). Der Vortragende wies ferner nach, einen wie großen Einfluß die verschiedenen Präpariermethoden auf das Aussehen der Würmchen haben. Die Blutwürmchen werden, wie dies gleichfalls zuerst Sir Patrick Manson feststellte, durch Stechinsekten, besonders Mücken, von Mensch zu Mensch übertragen.

*

Die Donnerstag-Nachmittagssitzung begann mit einem Vortrage von Dr. Schilling, Berlin. Der Vortragende berichtete auf Grund eigener Anschauungen sehr Interessantes über einige Städte Westafrikas: Lagos ist die wichtigste Reede der Guineaküste, die durch groß angelegte Sanierungsarbeiten seine hygienisch außerordentlich ungünstige Lage in weiten Mangrovesümpfen zu bessern bestrebt ist; Boma am Kongodelta; Matadi, ein zwischen Felsen und Strom geschaffenes Handelsemporium; Leopoldville, der Hafen für den mittleren Kongo und Endpunkt der Eisenbahn; Brazzaville, der Verwaltungssitz des französischen Kongogebietes; alle diese Orte bieten dem Tropenhygieniker eine Fülle wichtiger, stets wechselnder Aufgaben.

Dr. Bohne, Sekundararzt am Seemannskrankenhause, berichtet über einen Fall von Trypanosomenfieber, dem Vorstadium der Schlafkrankheit, dessen Beginn bereits sieben Jahre zurückliegt. Mit Atoxyl-, Sublimat- und Ölfuchsinbehandlung wurde ein völliges Verschwinden aller Symptome erreicht, so daß der Patient wohl als geheilt anzusehen ist. Marinestabsarzt Dr. Siebert sprach über die Differentialdiagnose zwischen syphilitischen Affektionen und den äußerlich ähnlichen, welche durch die als Framboesia tropica bekannte tropische Hautkrankheit hervorgerufen werden, auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen. Er kam zu dem Schlusse, daß Framboesia und Syphilis nicht, wie früher angenommen, identische Erkrankungen seien.

An der Diskussion, die sich an diesen Vortrag anschloß, beteiligten sich Oberstabsart Steudel und Dr. Walbaum mit sehr interessanten Bemerkungen; letzterer hatte Gelegenheit, die Framboesia auf der Südseeinsel Naure eingehender zu studieren und kam zu dem Schlusse, daß das Krankheitsbild der Framboesia wahrscheinlich kein einheitliches sei, sondern vielleicht durch mehrere verschiedene Varietäten von Erregern (bekanntlich sind Spirochäten, denen ähnlich, die Syphilis erzeugen, als solche nachgewiesen) hervorgerufen werden, eine Ansicht, der sich auch Prof. Fülleborn auf Grund seiner ostafrikanischen Erfahrungen anschloß. Doktor Rosenbusch berichtete über die feineren Kernstrukturen bei der Teilung der Trypanosomen (mikroskopisch kleine einzellige Tiere, die bekanntlich auch die Erreger der Schlafkrankheit sind), die mit viel komplizierteren Vorgängen verläuft, als man bis jetzt angenommen hat. Er konnte seine Behauptungen durch vorzügliche mikroskopische Präparate erweisen, die er der Gesellschaft demonstrierte.

Als letzter sprach Marinestabsarzt Dr. Arndt über Studien zur Immunität und Morphologie bei Vakzine. Er erörterte die Frage der Ergebnisse von Impfungen, die an Kaninchen angestellt worden sind; diese Impfungen waren mit lebender und abgetöteter Lymphe angestellt, die teils auf die Haut gebracht, teils unter die Haut gespritzt war. Einverleibung lebender Lymphe auf die Haut oder unter die Haut gebracht, erzeugte Immunität, solche von abgetöteter Lymphe nicht. Besonders interessant sind die Immunitätsverhältnisse der Kaninchenhornhaut, die von denen des übrigen Kaninchenorganismus vollständig unabhängig sind. Die morphologische Erörterung hatte lediglich fachmännisches Interesse.

An der lebhaften Diskussion beteiligten sich: Doktor Paschen, Prof. Voigt, Dr. Mühlens und Dr. v. Prowazek. Dr. Paschen demonstrierte in sehr schönen Lichtbildern die eigenartigen, von ihm in der Lymphe aufgefundenen Körperchen, die sehr verdächtig sind, die Erreger von Pocken und Vakzine zu sein.

Der Vorsitzende, Prof. Nocht, schloß die Verhandlungen mit einigen Abschiedsworten an die Mitglieder, indem er der Hoffnung Ausdruck gab, daß auch die nächste Hauptversammlung der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft, die für Ostern 1909 in Berlin geplant ist, recht zahlreich besucht sein werde. Dr. Sander, Generalsekretär der Deutschen Kolonialgesellschaft erwiderte im Namen der versammelten Mitglieder und dankte für die erwiesene Gastfreundschaft.

Die Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft kann von dem Resultate ihrer ersten Hauptversammlung sehr befriedigt sein und hat ihre Existenzfähigkeit dadurch erwiesen, daß sie, obschon vor nur einem halben Jahre gegründet, bereits mehr als 100 Mitglieder zählt. In Anerkennung der führenden Rolle, welche das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in der Deutschen Tropenmedizin einnimmt, war die erste Hauptversammlung nach Hamburg verlegt worden und die Sitzungen fanden auch im Institute für Schiffs- und Tropenkrankheiten statt.

Der 36. deutsche Ärztetag.

(Schluß.)

Am zweiten Verhandlungstage wurden die Verhandlungen mit dem Berichte der Lebensversicherungskommission, einen Vertrag mit den Versicherungsgesellschaften auf zehn Jahre zu schließen, fortgesetzt. In lebhafter Debatte erklären sich Tenius, Berlin, und Davidsohn, Berlin, gegen den Abschluß des Vertrages. Manzel, Elberfeld, und Müller, Hagen, befürworten den Vertrag.

Winkelmann, Barmen, spricht im Namen des geschäftlichen Ausschusses in eindringlichen Worten, sich für den Abschluß des Vertrages aus. Freilich habe das präsentierte Kind entschiedene Schönheitsfehler, von denen einige vielleicht später durch chirurgische Eingriffe entfernt werden können. (Heiterkeit.) Es sei ja auch zuzugeben, daß der Ärztetag keineswegs der Vater dieses Kindes sei. Aber erkennen wir es doch wenigstens an, das Wurm ist da und muß doch einen Vater haben. (Große Heiterkeit.) Vor allem tut uns Einigkeit dringend not, es stehen uns schwere Kämpfe bevor, auch gegen die Regierung. Es ist eine Bewegung im Gange, den beamteten Ärzten die Mitgliedschaft in den Ärztevereinen zu verbieten.



So ist dem Kreisarzte in Barmen der Austritt aus dem Ärzteverein direkt aufgegeben worden. (Hört, hört!)

Flatten, Oppeln: Ihm als Medizinalrat für den Regierungsbezirk Oppeln sei von einem Bestreben, die beamteten Ärzte zum Austritte aus den Ärztevereinen zu veranlassen, nichts bekannt. Es müsse sich bei dem von Winkelmann angeführten Fall um einen vereinzelten Vorfall halten.

Winkelmann: Der Vorgang ist nicht vereinzelt. Im Regierungsbezirke Düsseldorf ist er zweimal vorgekommen.

Es wird zunächst abgestimmt über das Prinzip des Antrages des geschäftsführenden Ausschusses, ob ein Vertrag mit den Versicherungsgesellschaften auf der Grundlage einer Staffelung der Honorare eingegangen werden soll. Die Abstimmung erfolgt durch Stimmzettel. Während das Resultat festgestellt wird, wird dem Ausschusse für die Nichtbefolgung des Antrages des vorjährigen Ärztetages, den Vertrag zu kündigen, mit allen gegen eine Stimme Indemnität erteilt.

Gleichzeitig nimmt die Versammlung den Bericht der Kommission für das ärztliche Unterstützungswesen entgegen sowie den Bericht über die Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands.

Das inzwischen festgestellte Resultat der Abstimmung über den Vertrag mit den Versicherungsgesellschaften ist die Annahme des Grundsatzes der Staffelung der ärztlichen Honorare nach der Höhe der Versicherungssumme mit 14·138 gegen 4963 Stimmen.

Zu den einzelnen Bestimmungen des Vertragsentwurfes ist eine große Anzahl Abänderungsanträge eingegangen. Einstimmig angenommen wird nach längerer Debatte der von Pfeiffer, Düsseldorf, gestellte Antrag, den vorliegenden Vertragsentwurf zu genehmigen, jedoch nur auf drei Jahre und nicht, wie der Entwurf vorschlägt, auf zehn Jahre. Sämtliche eingegangenen Anträge werden dem geschäftsführenden Ausschusse als Material zur Verhandlung mit den Versicherungsgesellschaften überwiesen. Zur Annahme gelangte noch folgender Zusatzantrag Kraft, Görbersdorf: „Falls die Versicherungsgesellschaften auf die dreijährige Dauer des Vertrages nicht eingehen, werden die weiteren Verhandlungen der wirtschaftlichen Abteilung (Leipziger Verband) übertragen."

Zur Beratung gelangt nunmehr ein Antrag des ärztlichen Bezirksvereines Leipzig-Land. Er lautet:

> Der 26. Deutsche Ärztetag erklärt es für die Standespflicht der deutschen Ärzte, mit allen erlaubten Mitteln die Ausdehnung des Krankenversicherungszwanges über die 2000 Mark-Grenze hinaus zu bekämpfen.

In der Begründung des Antrages führt Ref. Götz, Leipzig, aus: Die Erhöhung der Versicherungsgrenzen würde für die Ärzte von einschneidender Bedeutung sein. Die Erhöhung der Grenze auf 3000 Mark für unselbständige Existenzen würde noch nicht eine Million Köpfe mit noch nicht drei Millionen Angehörigen umfassen. Und auch die selbständigen Existenzen zu versichern, wäre blanker Sozialismus, zu dem die deutschen Regierungen sich nicht verstehen werden. Die Erhöhung der Grenze für Unselbständige ist abzulehnen, denn schon heute befinden sich viele wohlhabende Leute in der Zwangsversicherung, die als freiwillige Mitglieder in der Versicherung bleiben trotz erhöhten Einkommens, oder die von ihren reichen Eltern unterhalten werden. Die Zahl dieser in die Zwangsversicherung nicht gehörenden Personen wird bei Erhöhung der Grenze auf 3000 Mark erheblich wachsen. Hiegegen müssen wir uns wehren. Das hat dadurch zu geschehen, daß für freiwillige Mitglieder eine um 50% erhöhte Bezahlung gefordert wird. Ob Sie den Leipziger Antrag im Wortlaute annehmen oder in abgeänderter Form, ist gleichgültig. Ich würde vorschlagen die Form: „Der Deutsche Ärztetag erklärt es für unerläßlich, bei allen dem staatlichen Versicherungszwange unterliegenden Bevölkerungsschichten, deren Einkommen sie aber über die Stellung des Proletariats hervorhebt, weder eine Pauschalbezahlung noch eine Bezahlung nach dem Mindestsatze der Medizinaltaxe zu bewilligen. Es ist ein um mindestens 50% über die Mindesttaxe erhöhter Betrag zu zahlen." (Lebhafter Beifall.)

In der ausgedehnten Diskussion über den Antrag Leipzig wird eine Reihe von Abänderungsanträgen eingebracht. Von verschiedenen Rednern wird betont, dem Zustande, daß Personen mit vier- bis sechstausend Mark Einkommen in der Kasse seien, müsse ein Ende gemacht werden. Keinesfalls dürfe der Zustand noch verschlechtert werden.

Geheimrat Dr. Guttstadt, Berlin, weist darauf hin, daß die Bestrebungen nach Erhöhung der Versicherungsgrenze von den kaufmännischen Angestellten ausgehen. Würde die Versicherungsgrenze auf 3000 Mk. erhöht werden, so blieben für eine ärztliche Behandlung noch nicht $1^1/_2\%$ aller Zensiten übrig, in den Städten $2^1/_2\%$, auf dem Lande 0·6%, selbst in Berlin nur 2·97%. Hiegegen müßten sich die Ärzte mit aller Entschiedenheit wehren.

Munter, Berlin: Gesetzgeber und Krankenkassen müssen wissen, daß, wenn sie die Absicht haben, Leute mit höherem Einkommen zu versichern, dies nicht auf Kosten der ärztlichen Honorare geschehen dürfe. Sie haben vielmehr Einrichtungen zu treffen, wonach der Arzt so bezahlt wird wie bisher. Er beantragt daher zu beschließen: Für den Fall der Ausdehnung der Krankenversicherungen auf Personen mit einem Gesamteinkommen von über 2000 Mk. ist jeder Versuch eines Pauschalhonorares zurückzuweisen und für neu hinzugekommene, besser gestellte Kategorien von Kassenmitgliedern das ortsübliche Honorar zu zahlen.

Magen, Leipzig, bittet zu beschließen: „Der Ärztetag hält an dem Programme des Königsberger Ärztetages auch in dem Punkte fest, daß Personen mit über 2000 Mk. Gesamteinkommen Kassenmitglieder weder werden noch bleiben dürfen und geht deshalb über die verschiedenen Anträge zur Tagesordnung über."

In seinem Schlußworte führt Ref. Götz, Leipzig, aus: Der Antrag Magen sei ein Schlag ins Wasser. Wir brauchen nicht noch einmal zu sagen, daß wir auf dem Boden der Königsberger Beschlüsse stehen, sondern wir müssen den Kollegen vom Lande sagen, was sie zu tun haben. Das geschieht mit dem Antrage Munter, zu dessen Gunsten Referent den Leipziger Antrag zurückzieht. In der Abstimmung wird der Antrag Magen in seinem ersten Teile mit großer Mehrheit angenommen, der letzte Teil gegen wenige Stimmen abgelehnt. Darauf wird der Antrag Munter fast einstimmig angenommen, alle übrigen Abänderungsanträge zurückgezogen.

Es folgt ein Antrag des ärztlichen Bezirksvereines Leipzig-Land, der die Vereinheitlichung der Medizinaltaxe für das ganze Reichsgebiet fordert. Der Antrag wird debattelos angenommen.

Den letzten Punkt der Tagesordnung bildet der Bericht der Kommission zur Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Hiezu liegt folgender Antrag des geschäftsführenden Ausschusses vor:

> „Der Ärztetag wolle den vorläufigen Gesetzentwurf mit den von der Kommission beantragten Änderungen als einer interimistischen Maßregel seine Zustimmung erteilen, aber nach wie vor sich für die Notwendigkeit der Wiedereinführung des Kurpfuschereiverbotes aussprechen."

Der Antrag des geschäftsführenden Ausschusses mit den Abänderungsvorschlägen der Kommission wird en bloc angenommen; die im Laufe der Diskussion eingegangenen Anträge werden der Kommission als Material überwiesen.

Damit ist die Tagesordnung erschöpft. Ein Dringlichkeitsantrag verlangt die Anerkennung der obligatorischen Krankenversicherung für die Landarbeiter und Dienstboten, dagegen die Ablehnung der Einbeziehung der selbständigen Landwirte in die obligatorische Krankenversicherung. Vorsitzender Prof. Löbker, Bochum, gibt zu bedenken, daß eine so wichtige Materie nicht in letzter Stunde angeschnitten werden dürfe. Die Dringlichkeit wird hierauf abgelehnt.

Prof. Löbker stellt selbst den Dringlichkeitsantrag: „Der Ärztetag möge sich der Sympathiekundgebung anschließen, welche der geschäftsführende Ausschuß am 12. April d. J. den Kölner Kollegen in dem schweren ihnen aufgedrungenen Kampfe mit den Kassenvorständen ausgedrückt habe." Diesem



Antrage wird unter lebhaftem Beifalle Folge gegeben und die Sympathie einmütig ausgesprochen.

Schulte, Köln, dankt dem Ärztetag für den Ausdruck der Sympathie sowie dem Leipziger Verbande für die Unterstützung der Kölner Ärzte.

Mit den üblichen Dankes- und Schlußworten wird hierauf der 36. Deutsche Ärztetag geschlossen.

II. Literaturauszüge.

Über einfache Blutuntersuchungen in der ärztlichen Sprechstunde. Von Dr. C. S. Engel, Berlin.

Wenn sich der praktische Arzt mehr als es bisher der Fall ist, mit Untersuchungen des Blutes beschäftigen soll, dann muß hauptsächlich zwei Indikationen genügt werden:

1. muß die Methodik eine einfache und schnell zum Ziele führende sein,
2. muß die Untersuchung auf bestimmte Fragen bestimmte Antworten geben.

Der ersteren Forderung wird dadurch genügt, daß der Arzt sich auf wenige Methoden beschränkt, während er der zweiten nur dann genügen kann, wenn er weiß, welche Fragen ihm die Blutuntersuchung beantworten kann.

Was zunächst die zu übenden Methoden anlangt, so will der Arzt in der Sprechstunde vor allem wissen, ob bei einem Kranken dessen Aussehen ihm, meist durch seine Blässe, auffällt, überhaupt eine erheblichere Blutveränderung vorliegt. Welcher Art dieselbe ist, ist dann die zweite Frage. Die Feststellung: erheblichere Blutveränderung oder nicht, muß er aus einem Tropfen Blut machen können. Diesen muß er unter allen Umständen sicher und ohne besondere Belästigung des Patienten gewinnen.

Die sicherste Art der Blutentnahme geschieht mit Hilfe der Frankeschen Nadel. Sie besteht aus einer Lanzette, welche nach Art des Schneppers für die Blutentnahme mittels des blutigen Schröpfkopfes, durch eine Feder aus einer kleinen Öffnung, in welcher die Spitze verborgen gehalten wird, beim Drücken auf einen Hebel in einer Länge von 1 bis $1^1/_2$ *mm* herausgeschnellt wird. Als Entnahmestelle ist am bequemsten ein Finger, etwa der Mittelfinger der linken Hand. Bei der Schnelligkeit des Einstichs ist diese Stelle nicht viel schmerzhafter als andere Hautstellen, während man andererseits immer sicher einen Tropfen Blut bekommt und diesen bequem entnehmen kann. Die Fingerkuppe wird mit Alkohol gut abgerieben, dann die Nadel mit verborgener Spitze in der Weise auf den Finger aufgesetzt, daß die Schneide der Lanzette der Fingerachse parallel läuft, und auf den Hebel gedrückt. Ein leichter Druck auf das Mittelglied des Fingers läßt einen Tropfen Blut heraustreten. Man tut gut, durch Unterhaltung die Aufmerksamkeit des Patienten von dem Vorgang abzulenken.

Um sich vorläufig zu informieren, ob überhaupt eine schwere Blutveränderung vorliegt oder nicht, kann man eine der folgenden beiden Methoden anwenden, entweder die Bestimmung des spezifischen Gewichts nach Hammerschlag oder die Bestimmung des Hämoglobins nach Tallquist.

Für die erstere Methode ist nur nötig: ein Aräometer, wie es zum Bestimmen des spezifischen Gewichtes des Urins gebraucht wird, ein dazu gehöriges Zylindergefäß, sowie etwas Chloroform und etwas Benzol. Zur Ausführung der Probe bringt man in das Gefäß 20 cm^3 Chloroform und zka. 50 cm^3 Benzol. Mit Hilfe eines Spatels wird ein Tropfen des zu untersuchenden Blutes hinzugefügt, der entweder untergeht oder an der Oberfläche bleibt. Geschieht das erstere, dann ist der Tropfen schwerer als die Flüssigkeit. Man setzt deshalb tropfenweise das spezifisch schwere Chloroform hinzu und vermischt es mit dem Benzol-Chloroformgemisch unter vorsichtigem Neigen solange, bis der oder die Blutstropfen in der Flüssigkeit schwebend bleiben. Bleibt der Blutstropfen an der Oberfläche, dann wird das Gemisch durch Zusatz des leichten Benzols und vorsichtiges Mischen so lange leichter gemacht, bis wiederum die Blutstropfen, die sich gewöhnlich aus dem einen hineingebrachten gebildet haben, in der Schwebe bleiben. Durch Einsenken des Aräometers in das Benzol-Chloroform wird das spezifische Gewicht der Mischung bestimmt, womit gleichzeitig auch das des Blutes festgestellt ist.

Diese höchst einfache Bestimmung des spezifischen Gewichts, die in 2—3 Minuten fertig ist, — worauf dann das Gemisch filtriert und zu anderen Untersuchungen wieder verwendet wird — gestattet bereits einen wichtigen Einblick in die Verhältnisse des Blutes. Das normale Blut des Gesunden hat das spezifische Gewicht von etwa 1058. Es ist etwa das arithmetische Mittel zwischen dem spezifischen Gewicht der roten Blutkörperchen (1088) und dem des Blutplasmas (1028). Die weißen Blutkörperchen sind nur wenig schwerer als das Blutplasma. Findet man das spezifische Gewicht zwischen 1056 und 1061, dann kann man sicher sein, daß eine schwerere Blutkrankheit nicht vorliegt. Erst um 1050 herum beginnt das Blut krankhafte Veränderungen zu zeigen. Von diesen sind die wichtigsten die Chlorose, die Anämien, die progressive perniziöse Anämie und die Leukämien. Bei allen diesen Krankheiten liegt das spezifische Gewicht unter 1050, es kann auf 1040, selbst auf 1030, ja, bei der perniziösen Anämie, bis auf das spezifische Gewicht des Blutserums, auf 1028, heruntergehen. Gibt also bei einem Kranken, bei dem die anderen Untersuchungen keinen Anhalt für das Bestehen etwa einer Nierenentzündung oder eines malignen Tumors ergeben haben, die Untersuchung des Blutes ein spezifisches Gewicht von z. B. 1045, dann kann man mit großer Wahrscheinlichkeit das Vorliegen einer Blutkrankheit annehmen. Welcher Art diese ist, ergibt sich dann aus den weiteren Untersuchungen des Blutes. Vermutet man andererseits das Bestehen einer der bezeichneten Blutkrankheiten und findet man ein normales spezifisches Gewicht, dann ist eine solche ohne jede weitere Untersuchung mit Sicherheit auszuschließen. Auch über eine andere, selten richtig diagnostizierte, stets zum Tode führende Blutkrankheit, die Polyzythämie oder Hyperglobulie, gibt die einfache Bestimmung des spezifischen Gewichtes des Blutes sicheren Aufschluß. Bei dieser Krankheit besteht eine krankhafte, tumorartig nicht zu beschränkende Neubildung roter Blutkörperchen, so daß die Zahl derselben im Kubikmillimeter das Doppelte und mehr der normalen Zahl betragen kann. Ein Tropfen Blut eines derartigen Kranken, der durch stark rote Färbung der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, namentlich durch eine blaurote Farbe der Lippen und starke Rötung der Hohlhand auffällt, zeigt das spezifische Gewicht 1070 bis 1080. Es gibt außer dieser keine Krankheit, bei welcher derartige Zahlen für das spezifische Gewicht des Blutes gefunden wird.

Noch schneller als durch die Bestimmung des spezifischen Gewichtes orientiert man sich oberflächlich über die Beschaffenheit des Blutes durch die Hämoglobinskala von Tallquist. Es ist dies eine praktische Anwendung der Ehrlichschen Fließpapiermethode. Man läßt den Tropfen Blut sich in weißes Fließpapier einziehen und vergleicht die rote Farbe desselben mit einer empirisch bestimmten Skala roter Streifen, deren Rotfärbung einem Hämoglobingehalt des Blutes von 10, 20, 30 bis 100% entspricht. Da schwerere Blutveränderungen regelmäßig — bis auf die Polyzythämie — mit einer Hämoglobinverminderung einhergehen, spricht ein Hämoglobinbefund von 90 bis 100% Hb regelmäßig gegen das Bestehen einer schwereren Blutkrankheit.

Hat eine der beiden orientierenden Methoden auf das Bestehen einer Blutveränderung hingewiesen, dann erst geht man zu der genaueren Feststellung derselben über. Zu dem Zweck bestimmt man das Hämoglobin nach Gowers-Sahli und die Zahl der roten resp. weißen Blutkörperchen nach Thoma-Zeiß.

Zur Bestimmung des Hämoglobins saugt man in die dem Apparat beigegebene Kapillarpipette Blut bis zu einer bestimmten Marke, bringt die kleine Blutmenge in ein kleines graduiertes Reagensglas, in welches man vorher ca. 5 Tropfen einer dünnen Salzsäurelösung (1 Tropfen auf 10 cm^3 Wasser)



hineingegeben hat, und füllt mit derselben Lösung solange auf, bis die Farbe des verdünnten, bräunlich gewordenen Blutes mit der des beigegebenen Röhrchens übereinstimmt. Die Zahl am graduierten Reagensglas, bis zu welcher das verdünnte Blut reicht, gibt den Prozentgehalt des Hämoglobins an. Normales Blut hat 100% Hämoglobin.

Für die Beantwortung der Frage, ob in einem bestimmten Falle eine Chlorose oder eine Anämie vorliegt, genügt die Feststellung des Hämoglobinwertes allein ohne Zählung der roten Blutkörperchen nicht, denn die verminderte Hämoglobinmenge kann gleichzeitig mit normaler Erythrozytenzahl bestehen, während in anderen Fällen gleichzeitig mit herabgesetztem Hämoglobin verminderte Zahl der roten Blutzellen gefunden werden kann. Im ersteren Falle, wo neben der normalen oder fast normalen Zahl der roten Blutkörperchen eine Verminderung des Hämoglobins besteht, handelt es sich um eine Chlorose, während bei gleichzeitiger Herabsetzung der Zahl der Erythrozyten und des Hämoglobinwertes eine Anämie besteht. Im ersteren Falle sind die in normaler Menge im Knochenmark gebildeten roten Blutkörperchen chlorotisch, sie haben, solange sie kernhaltige Knochenmarkszellen waren, eine zu geringe Menge eisenhaltigen Hämoglobins gebildet, es sind gewissermaßen atrophische rote Blutkörperchen. Bei der einfachen Anämie handelt es sich um eine verminderte Leistungsfähigkeit des Knochenmarks, dieses bildet eine zu geringe Blutkörperchenmenge, während andererseits jede dieser roten Blutzellen die genügende Menge eisenhaltigen Rohmaterials zu Hämoglobin verarbeitet. Bei der einfachen Anämie handelt es sich also um eine Hypoplasie des Knochenmarkes als Organ, jedes gebildete Blutkörperchen hat seine normale Hämoglobinmenge, es werden aber zu wenig rote Blutkörperchen gebildet. Bei der Anämie findet man aber auch pathologische Blutzellen im Blute, was bei der Chlorose gewöhnlich nicht der Fall ist. Bekanntlich wirken Eisenpräparate günstig auf die Chlorose, nicht auf die Anämie, während für die Behandlung der letzteren das Arsen und seine Derivate geeigneter sind. Es ist also auch für die Therapie erforderlich die Chlorose — normale Zahl der Roten mit Verminderung des Hämoglobins — von der Anämie — gleichsinnige Verminderung der Erytrozytenzahl und des Hämoglobins zu trennen.

Für die Zählung der roten Blutkörperchen ist bisher noch kein einfacherer Apparat gefunden worden als der von Thoma-Zeiß. Seine Handhabung ist jedoch bei einiger Übung eine einfache, ebenso wie die Berechnung. Man saugt in die Kapillarpipette Blut bis zur Marke 1 und dann eine 3%ige Kochsalzlösung nach bis zur Marke 101, wodurch das Blut im Verhältnis von 1:100 verdünnt wird. Einen Tropfen — den dritten — bringt man auf das Deckgläschen der Zählkammer und bedeckt mit dem Deckglas. Man erhält dadurch einen Raum, der $^1/_{10}$ *mm* hoch ist. In den Boden des Deckglases ist ein Quadrat hineingeritzt, dessen Seiten je 1 *mm* lang sind. Jede Seite ist noch durch Linien in 20 Teile geteilt, so daß das Quadratmillimeter aus 400 kleinen Quadraten zusammengesetzt ist, von denen ein jedes also $^1/_{400}$ mm^2 groß ist. Da das Deckglas $^1/_{10}$ *mm* vom Boden entfernt ist, so beträgt der Raum über jedem kleinen Quadrat $^1/_{4000}$ cm^3. Die roten Blutkörperchen, welche man in die Zählkammer hineingebracht hat, fallen zu Boden, bedecken die kleinen Quadrate und können in diesen gezählt werden.

(Schluß folgt.)

*

Leukämie und Infektionskrankheiten, unter besonderer Berücksichtigung akuter Infektionen. Von J. W. Samson. (Schluß.)

In zweiter Linie scheinen die Staphylokokken zu rangieren, während die Fränkel-Weichselbaumschen, die Ebertschen und Tuberkelbazillen im allgemeinen keine so starken Änderungen bedingen, obwohl hier eine genaue Klassifizierung unmöglich ist. Auch die Art und Virulenz der Mikroorganismen ist nur ein Rädchen, was in dieses komplizierte Werk mit vielen andern zusammen mit hineingreift.

Allen drei von Weil unterschiedenen Gruppen sind aber zwei Dinge gemeinsam: 1. Die Verkleinerung der leukämischen Tumoren, die auch Könnöczi als das allgemein vorkommende hinstellte und 2. die Verschlechterung des Blutbildes und der übrigen Symptome kürzere oder längere Zeit nach der Infektion.

Überblicken wir den Verlauf des von S. beschriebenen und der überragenden Mehrzahl aller anderen Fälle, so ist die eine Tatsache auffallend: Unter dem Einflusse der Infektion verschwinden die im normalen Blute nicht vorkommenden unreifen Elemente und an ihre Stelle treten, nur weit geringer an Zahl, reife Zellen: die polynukleären Neutrophilen. Diese letzteren stellen ja das Endstadium der Entwicklung einer Reihe von Zellformen dar, die als pathologische Formen bei der Leukämie auftreten. Erwähnt ist ja auch bereits, daß häufig die Erythroblasten während der Infektion unsichtbar und nur reife Erythrozyten gefunden werden. Diese Dinge legen einem die Vermutung nahe, daß durch die Infektion Stoffe in den Körper gelangen, welche eine stärkere Reifung von Blutzellen bedingen, eine reichlichere Umwandlung von einkernigen Leukozyten in polynukleäre innerhalb der blutbildenden Organe, wie dies von H. F. Müller geglaubt worden ist. Und da gewisse unreife Formen, wie bereits erwähnt, wahrscheinlich aus dem Knochenmarke stammen und von hier aus in das Blut eingeschwemmt werden, so möchte man auch in dieses Organ den intensiveren Reifungsprozeß unter dem Einfluß der Infektion verlegen. Da aber liegt die ungeheuere Schwierigkeit einer Erklärung dieser eigentümlichen Vorgänge: die Vermehrung dieses oder jenes Markzelltypus im Blute beweist noch nicht immer eine besondere Proliferation desselben im Mark selbst. Man darf also daher auch den stärkeren Reifungsprozeß nicht ohne weiteres ins Knochenmark verlegen. Einerseits sind auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen des leukämischen Knochenmarks noch zu spärlich, um bestimmte Schlüsse über diese Dinge zuzulassen, andererseits scheinen diese Dinge durch die anatomische Forschung allein überhaupt unlösbar, denn eine besondere Rolle müssen physiologische Verhältnisse hiebei spielen: die verschieden großen Möglichkeiten der Einschwemmung der verschiedenen Zelltypen in das Blut.

Aber ob hier besonders starke Vermehrung dieser Zellen stattgefunden oder eine besondere Fähigkeit dieser Zellen, in die Blutbahn einzudringen, bestanden hat, ist wohl kaum mit Sicherheit zu entscheiden. Wir können also nur konstatieren, daß wir bei Leukämien mit unreifen pathologischen Zellformen im Blut während einer Infektion in reifen Endstadien dieser Zellformen antreffen. Einen Fingerzeig für diese räthselhaften Vorgänge im Blute erhalten wir durch das ganz andre Blutbild derjenigen mit Infektion komplizierten Fälle von Leukämie, wo wir hauptsächlich die kleinen Lymphozyten, also reife Zellen, im Blute vermehrt finden. Denn auch hier treten die letzteren zurück und die polynukleären neutrophilen Formen erscheinen. Nun kann man ja aus dem überwiegenden Vorkommen der kleinen Lymphozyten auf eine ausschließliche Beteiligung der lymphatischen Apparate und der Milz schließen, da auch im Knochenmark eine Bildungsstätte dieser Formen ist, aber man darf doch in der Mehrzahl der Fälle mindestens auf eine Beteiligung der genannten Organe schließen. Da diese nun durch die Infektion kleiner werden, die zum Teil aus ihnen stammenden Zellen unter deutlich gesteigerter Harnsäureausscheidung zugrunde gehen, so dürfen wir hier wohl das Auftreten der polynukleären neutrophilen Leukozyten als eine bei Infektionen auch so vorkommende Leukozytose betrachten. Besonders stark kommt diese Leukozytose bei den mit Leukozytenvermehrung einhergehenden Fällen zur Geltung, die unter diesem Gesichtspunkt auch ihre Sonderstellung verlieren.

Es ist ja bekannt, daß im Knochenmark große Reservelager neutrophiler Zellen sich finden, die auf chemische Reize hin in die Strömung gelangen. Ob aber der Vorgang in den von uns betrachteten Fällen der gleiche ist, oder ob hier „lokalistische“ Ursachen mitwalten, läßt sich, ohne die



Frage der Leukozytose überhaupt eingehender zu erörtern, und bei der Unfertigkeit der Ansichten über die Leukozytose bei Infektionskrankheiten nicht, entscheiden.

So gewaltig die durch die Infektionen bedingten Veränderungen auch sein können, trotzdem ist kein Fall bekannt, wo die Besserung andauerte. Eine Heilung der Leukämie auf diesem Wege gibt es nicht. Die mit bakteriellen Derivaten gemachten therapeutischen Versuche haben bis jetzt ebenfalls zu keinem besonderen Ergebnis geführt. Doch wäre immerhin hievon etwas zu erwarten, wenn auch nur immer eine zeitweise Besserung erzielt wird. (Berl. klin. Wochenschr.)

III. Aus der Praxis.

Bei der Behandlung der paroxystischen Magenkrisen muß man nach Bardet genau unterscheiden, ob sie auf dem Boden einer chronischen Hyperchlorhydrie oder Achlorhydrie entstehen; im ersteren Falle kommen sie plötzlicher, meist durch irgend einen nervösen Einfluß wachgerufen, sind viel heftiger, so daß der Betroffene unfähig zu jeglicher Tätigkeit wird, dauern aber relativ kurze Zeit. Die Anfälle bei Hypochlorhydrie entwickeln sich langsamer, meist im Anschluß an einen Diätfehler, und halten meist länger an, ohne allzu fulminante Symptome zu erzeugen; sie sind bedingt durch die Gärungssäuren in den liegengebliebenen Speiseresten.

Die Behandlung im ersten Fall (bei Hyperchlorhydrie) hat 3 Symptome zu bekämpfen: den Schmerz, die Irritabilität des Magens und die Hyperazidität. Sobald die Krise beginnt, soll der Kranke sich niederlegen und eine Tasse heißen Tee (Lindenblüten oder Kamillen) erhalten, dem 6—8 Tropfen von folgender beruhigender Mixtur zugesetzt sind:

Rp. Pikrotoxin . . . 0·05
Alkohol 90% q. s. ad. solut.
Adde:
Atropin. sulfur. . 0·01
Morphii mur. . 0·05
Novokain. . . . 0·1
Aq. Laurocerasi 15·0

¼ Stunde später reicht man in möglichst wenig lauwarmem Wasser aufgelöst ein Pulver zur Absättigung der Säuren; dasselbe soll zweckmäßigerweise kein oder möglichst wenig Natr. bicarb., Calc. carbon., Magnesia enthalten, da die sich bildenden Chlorverbindungen dieser Basen wieder die Magenschleimhaut reizen. Diese Forderungen erfüllt folgende Zusammensetzung:

Rp. Tricalciumphosphat . 3·0
Calc. carbon. praecip.
Magnes. hydrat. . aa 1·0

Nachher wird der Mund mit einigen Schlücken Tee gespült. Zuletzt gilt es, noch die Schmerzen zu beeinflussen, was am besten mit 0·5 Pyramidon geschieht, ein Mittel, welches die Magenschleimhaut wenig reizt und doch von großer Wirksamkeit ist; man gebe es aber immer erst zuletzt.

Halten nun die Beschwerden, speziell der Pyrosis immer noch an, so fängt man noch einmal von vorne an, läßt diesmal nur 3 Tropfen der beruhigenden Mixtur zum heißen Tee zusetzen, und auch vom Pyramidon wird nur die Hälfte genommen. Wenn nach etwa 3 Stunden die Beschwerden sich wieder geltend machen, so gibt man noch einmal die gleichen Dosen, wie das zweitemal. Am andern Tag versucht man nun schluckweise Milch, eventuell mit einem geringen Kaffeesatz, nehmen zu lassen; sobald aber im geringsten sich eine Verschlimmerung des Zustandes geltend macht, so ist wieder vollständige Abstinenz geboten, unter Gebrauch des genannten Pulvers gegen die Hyperazidität. Ganz langsam geht man endlich wieder zu normaler Ernährung über.

Im zweiten Fall (bei Hypochlorhydrie) sind dieselben 3 Symptome zu bekämpfen und zwar auf ähnliche Weise; doch gilt es, daneben gerade etwas stimulierend auf die Tätigkeit der Magendrüsen einzuwirken. Als Tee verwendet man zweckmäßigerweise einen dünnen Aufguß von Fol. Menthae und setzt demselben 5—6 Tropfen folgender Mixtur zu:

Rp. Tinct. thebaic. . . 5·0
Atropin. sulfur. . 0.01
Pikrotoxin . . . 0·05
Novokain . . . . 0·1
Validol . . . . . 10·0
(Dos. max. pro die 30 Tropfen.)

Zur Absättigung der Säuren sind die für den ersten Fall verbotenen Salze hier nun recht wohl zu reichlicherer Anwendung am Platze, z. B.:

Rp. Natr. bicarbon. . . . 1·0
Calc. carbon. praecip. 2·0
Magnes. hydrat. . . . 1·0
Bismut. subnitr. . . 0·5

Auf die Darreichung dieses Pulvers hin tritt öfters Erbrechen ein, eine willkommene Erscheinung, weil dadurch die stagnierenden Massen entfernt werden. Das Pulver kann dann ausgesetzt werden. Wenn diese Wirkung sich dagegen nicht geltend macht, so wiederholt man die Verabreichung des genannten Pulvers. Bei allzureichlichem Erbrechen, speziell wenn es sich nur noch um Schleim handelt, bringen 3 Tropfen der erstgenannten Mixtur in etwas Tee sofort Beruhigung. Endlich ist es erlaubt, gegen den bestehenden Kopfschmerz, wenn nötig, etwas Pyramidon zu reichen, aber immer erst in letzter Linie, nachdem die beiden andern Mittel schon eingenommen worden sind. (Bull. gén. de therap. nach Med. Klinik 1908.)

VI. Notizen.

Woran die Ärzte sterben. Als hauptsächliche Todesursachen ergibt eine im Journal der Amerik. Mediz. Gesellschaft veröffentlichte Zusammenstellung für das Jahr 1907 Herzleiden, Gehirnschlag, Lungenentzündung und gewaltsame Eingriffe. Insgesamt starben in den Vereinigten Staaten und Kanada von etwa 125.000 ausübenden Ärzten 2013 oder 16·1 vom Tausend, während im Jahre 1906 17·14, und im Jahre 1903 13·73 vom Tausend, während im Jahre 1906 17·2, im Jahre 1905 16·36, im Jahre 1904 17·14, im Jahre 1903 13·73 und im Jahre 1902 14·74 vom Tausend zu verzeichnen waren. Die Länge der Praxis bis zum Ableben liegt zwischen dem begonnenen ersten Jahr und 70 Jahren, bei einem Durchschnitte von 30 Jahren 4 Monaten und 21 Tagen. Die Todesursachen im Jahre 1907 verteilen sich auf 190 Fälle von allgemein infektiösen Leiden und solchen des Verdauungsapparates, sowie von Tuberkulose, 243 Fälle von Krankheiten des Blutkreislaufes, 181 Fälle von Krankheiten der Atmungsorgane, 140 Fälle von Krankheiten des Geniturinalapparates, 83 auf verschiedenartige Leiden und 141 auf äußere Verletzungen. An der Spitze der besonderen Ursachen stehen Herzleiden mit 234 Fällen, es folgt sodann Gehirnschlag mit 184, Lungenentzündung mit 147, Nierenentzündung mit 120, Tuberkulose mit 66, Altersschwäche mit 50, bösartige Neubildungen mit 42, Typhus mit 32, Blinddarmentzündung mit 31, Blutvergiftung mit 20, Zuckerkrankheit mit 18, Magenleiden mit 13 und Influenza mit 11 Fällen. Je 2 Todesfälle erfolgten durch Diphtheritis, Scharlach und Starrkrampf. Von den Toten zählten 85 zwischen 21 und 30 Jahren, 253 von 31 bis 40 Jahren, 247 von 41 bis 50 Jahren, 344 von 51 bis 60 Jahren, 404 von 61 bis 70 Jahren, 331 von 71 bis 80 Jahren, 172 von 81 bis 90 Jahren und 12 mehr als 90 Jahre. Die Mehrzahl der Todesfälle trifft auf das 67. und 62. Jahr, da auf ersteres 54, auf letzteres 51 entfallen. Im allgemeinen ist die Sterblichkeit des Ärztestandes sehr hoch, und ein amerikanischer Statistiker hat dem geistlichen Stande die doppelte Wahrscheinlichkeit zugesprochen, ein Alter von 65 Jahren zu erreichen, als sie dem Arzte zukommt.

Eine internationale Untersuchung. Folgendes Schreiben wurde in den letzten Wochen an alle internen Kliniken und größeren Krankenhäuser des Deutsches Reiches, Österreichs, der Schweiz, dann in den betreffenden Landessprachen auch in England, Schweden, Dänemark, Norwegen, Ungarn und Finnland zur Versendung gebracht:

Sehr geehrter Herr!

Der zu Stockholm gegründete Internationale Verband abstinenter Ärzte hat in Verfolgung seiner Aufgabe, die Wirkungen des Alkohols als Genuß- und Heilmittel zu erforschen und sicherzustellen, den Beschluß gefaßt, eine der am meisten umstrittenen Fragen dieses Gebietes der Lösung näher zu bringen, nämlich die über den Wert der Anwendung des Alkohols bei fieberhaften Krankheiten, namentlich bei Pneumonie und Typhus abdominalis. Es bedarf, um die Unklarheit zu kennzeichnen, die heute in dieser Sache herrscht, nur eines kurzen Hinweises darauf, daß sehr namhafte Kliniker die Verabreichung von Alkoholicis bei diesen Krankheiten für unentbehrlich und oft lebensrettend halten, andere nicht minder hervorragende sie nur bei bestimmten Indikationen anwenden und



wieder andere, gleichfalls in autoritativer Stellung, vor ihnen warnen und sie gänzlich verwerfen.

Um diesen Zweifeln ein Ende zu machen, will der I. V. a. Ae. eine Untersuchung veranlassen, die auf durchaus voraussetzungsloser Grundlage endgültigen Aufschluß über die Wirkung des Alkohols auf Verlauf und Mortalität der oben angeführten Krankheiten geben soll. Ein solcher ist bei Untersuchungen über die Wirkung von Therapeutizis überhaupt, besonders aber von Narkotizis, nur auf statistischem Wege, durch Anwendung des Gesetzes der großen Zahlen zu erhalten, das jede subjektive Täuschung ausschließt, die bei der Prüfung von Heilmitteln durch persönliche Erfahrung unvermeidlich ist. Das dazu notwendige Material soll durch Vergleich einer großen Zahl von Fällen, die teils mit, teils ohne Alkohol behandelt worden sind, beschafft werden.

Schon hat sich eine Anzahl von Klinikern und Krankenhausleitern in verschiedenen Ländern bereit erklärt, an dem geplanten Unter. c:hmen teilzunehmen. Da ein einwandfreies, alle Zweifel ausschließendes Ergebnis aber nur dadurch zu erhoffen ist, daß eine sehr große Zahl sorgfältig klinisch beobachteter Fälle gesammelt und verglichen wird, so ergeht an alle Vorstände medizinischer Kliniken, Krankenhausabteilungen und Krankenhäuser, so auch an Sie, hochgeehrter Herr, die dringende Bitte, an diesem Werke mitzuarbeiten, das unzweifelhaft ebenso sehr im Interesse der Wissenschaft wie im Dienste der Kranken steht.

Wir bitten höflichst, beifolgende, der Untersuchung zugrunde gelegten Regeln gefälliger Einsicht zu unterziehen und im Falle des Einverständnisses und der Bereitwilligkeit, sich an der internationalen Untersuchung zu beteiligen, die gleichfalls angeschlossene Erklärung zu unterzeichnen und in beiliegendem Briefumschlage zurückschicken zu wollen.

Sollte es Ihnen aus irgend einem Grunde unmöglich sein, sich an der Untersuchung auf Grund dieser Regeln zu beteiligen, so erbitten wir uns Ihre Unterstützung wenigstens insoweit, daß Sie über alle im Jahre 1908 äuf Ihrer Abteilung behandelten Pneumonie- und Typhusfälle die von uns zur Verfügung gestellten Zählkarten ausfertigen und nach Schluß des Jahres an uns zurückstellen lassen. Wenn dieses Material auch für die Entscheidung der Frage nach dem Werte des Alkohols bei der Behandlung nicht ohne weiteres verwertbar ist, so wird es doch dazu beitragen, ein Bild von dem heutigen Stande dor Alkoholtherapie in bezug auf Häufigkeit, Art, Indikationsstellung usw. zu geben.

Wir geben der Hoffnung Raum, daß eine große Zahl von Ärzten aller Kulturnationen uns ihre Unterstützung schenken und sich dadurch ein bleibendes Verdienst um die medizinische Wissenschaft erwerben wird.

Das Ergebnis der Untersuchung wird auf dem XII. Internationalen Kongresse gegen den Alkoholismus zu London 1909 bekanntgegeben, mit den Namen aller Mitarbeiter veröffentlicht und jedem von ihnen vollinhaltlich mitgeteilt.

Mit kollegialer Hochachtung

Der Vorstand des Internationalen Verbandes abstinenter Ärzte

Dr. Ridge m. p.
Enfield, Präsident.

Dr. Holitscher m. p.
Pirkenhammer, Schriftführer.

Prof. Dr. Santesson m. p.
Stockholm, Kassenführer.

Prof. Dr. Laitinen m. p.
Helsingfors.

Dr. Olrik m. p.
Frederiksvaerk.

Dr. Stein m. p.
Budapest.

Dr. Vogt m. p.
Kristiania.

Bücher für Kranke. Ein schönes Buch ist jedermann erwünscht. Niemals aber wird es herzlicher begrüßt, als wenn es einem Kranken oder Genesenden gereicht wird, um ihn über Stunden stumpfer Langeweile oder verdrossenen Grübelns hinwegzubringen. Statt sich trostlosen Gedanken hinzugeben, wird der Leidende, der von der Außenwelt abgeschlossen ist, durch Lektüre guter Bücher in frohere Stimmung versetzt. Statt allen möglichen Folgen seiner Krankheit nachzusinnen, läßt er sich an der Hand eines Dichters in sonnige Gefilde und in eine schönere Zukunft führen. Und dadurch wird auch seine Heilung beschleunigt; wissen wir doch, in welch hohem Maße die Stimmung eines Kranken dazu beiträgt, seine Wiederherstellung zu unterstützen oder zu verlangsamen. Damit aber die Bücher auch wirklich als Heilmittel dienen können, ist es nicht nur notwendig, daß sie gut sind, sie müssen auch richtig ausgewählt sein. Trauerspiele oder dichterische Werke, die schwere seelische oder äußere Lebenskämpfe schildern, würden den meisten Kranken schaden und weit entfernt sein, einen heilenden Einfluß auszuüben. Die Büchereien der Krankenhäuser müssen daher auf das sorgfältigste ausgewählt werden. Auch äußerlich müssen die Bücher besonders dafür geeignet sein; sie dürfen nicht zu schwer sein (d. h. zu dicke Einbände müssen in zwei bis drei Teile zerlegt werden). Die Einbände müssen sauber und abwaschbar sein. Sie müssen biegsam sein, damit man möglichst das ganze Buch über den Rücken umschlagen kann, so daß der

Kranke es mühelos mit einer Hand zu halten vermag. Dieser Aufgabe will sich die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung in Hamburg-Großborstel widmen, deren Zweck es ist, „hervorragenden Dichtern durch Verbreitung ihrer Werke ein Denkmal im Herzen des deutschen Volkes zu setzen“. Obwohl sie erst seit wenigen Jahren besteht, hat sie doch an kleine Volksbibliotheken bereits über 100.000 Bücher abgegeben. Nur kann die Stiftung ihren Plan, Krankenhäuser und Heilstädten mit guten Büchern zu versehen, aus eigenen Mitteln allein noch nicht ausführen. Eine hochherzige Spende der Jakob Plaut-Stiftung in Berlin im Betrage von 5000 Mk. hat aber den Grundstock für die Möglichkeit der Ausführung des Gedankens gegeben, und von verschiedenen anderen Seiten hat die Stiftung weitere Summen im Betrage von etwa 2700 Mark für den gleichen Zweck erhalten. Indessen sind noch viel größere Mittel notwendig, um mit der Ausführung des Planes beginnen zu können. Bestehen doch allein im Deutschen Reiche etwa 6500 Krankenhäuser und Heilstätten mit zusammen etwa 400.000 Betten. Jährlich gehen etwa 3 Millionen Kranke durch diese Anstalten. Für Viele von ihnen ist die dort verbrachte Zeit die erste nach längerem Zwischenraume, in der sie zur Selbstbesinnung und zur Ruhe kommen. Gute Bücher werden daher hier die tiefste Wirkung tun. Jeder, der sich durch eine Spende — gleichviel in welcher Höhe — an diesem menschenfreundlichen Werke beteiligt, kann des Dankes vieler „Mühseligen und Beladenen“ gewiß sein. Beiträge werden erbeten an die Deutsche Dichter-Gedächtnis-Stiftung in Hamburg-Großborstel mit dem Vermerke: Für die Krankenhausspende.

V. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgemeindegruppe St. Peter am Wimberg, politischer Bezirk Rohrbach (Oberösterreich), mit einer Landessubvention von jährlich 900 K und einem Gemeindebeitrag von jährlich 600 K nebst einer schönen, unentgeltlichen Wohnung im Gemeindehause. Die Sanitätsgemeinde St. Peter zählt 2685 Einwohner; Ärzte, welche auf diesen Posten reflektieren, wollen sich ehestens an den oberösterreichischen Landesausschuß in Linz oder die Sanitätsgemeindevertretung in St. Peter am Wimberg wenden.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgruppe Grafenwörth (Niederösterreich), politischer Bezirk Tulln, mit 1. Nov. d. J. zu besetzen. Die Sanitätsgemeindegruppe umfaßt die Gemeinden Grafenwörth, Jettsdorf und Seebarn mit zusammen 2208 Einwohnern und 33·86 km^2 Flächenraum, Gemeindebeiträge 400 K jährlich, bisherige Subvention des niederösterreichischen Landesausschusses 1000 K. Die an den n.-ö. Landesausschuß zu richtenden, mit den Nachweisen des Alters, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der Praxisberechtigung in Österreich, der physischen Eignung und der sittlichen Unbescholtenheit, sowie der bisherigen Verwendung belegten Gesuche sind bis längstens 30. September d. J. an das Bürgermeisteramt in Grafenwörth einzusenden, wo auch nähere Auskünfte über diese Stelle erteilt werden.





Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 39. Wien, 26. September 1908. **Nr. 39.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Aphorismen zur Therapie der Bleichsucht.

Von **Sanitätsrat Dr. Beerwald**, Bad Altheide und Berlin.

(Fortsetzung.)

Dagegen werden wir den Alkohol nicht ganz entbehren können, ohne allerdings über bescheidene Mengen hinauszugehen. Man gibt am besten vor den Mahlzeiten eßlöffelweise schweren Südwein, der vorteilhaft noch mit irgend einem den Appetit befördernden Bitterstoff versetzt ist, während der alte Rat des Rotweintrinkens ad libitum zurückgewiesen werden muß; denn gerade bei Bleichsüchtigen ist der Alkohol ein zweischneidiges Schwert, und man darf mit ihm nie über die Mengen hinausgehen, die eine wünschenswerte Anregung sichern, da jedes zuviel bekanntlich eine Erschlaffung zur Folge hat. Auch in bezug auf die Biere glaube ich doch zu einer gewissen Vorsicht mahnen zu müssen, und das so viel gepriesene Kulmbacher Bier in der Ernährung der Bleichsüchtigen dürfte, wenige individuelle Fälle ausgenommen, sich ohne Berechtigung seines Rufes erfreuen. Man soll überhaupt bei Bleichsüchtigen die Aufnahme von Flüssigkeiten sehr sorgfältig überwachen, damit sie nicht zwecklos den Körper verwässern, und vor allem ist jenen Personen mit dem bekannten gedunsenen Aussehen direkt eine Beschränkung im Genusse der Flüssigkeiten anzuraten.

Die Besprechung dieser Diätetik würde eine unvollkommene sein, wenn wir nicht kurz auch auf die künstlichen Nährmittel eingehen würden, welche heute so reichlich empfohlen werden. Zuerst war es v. Bunge, der in der Annahme, daß organische Eisenpräparate, die an Nukleoalbumin gebunden sind, am leichtesten assimiliert werden müssen, das Hämatogen mit 0·29% Eisen konstruierte. Bald folgte dem ersten Eiweißpräparat eine Reihe anderer, die hauptsächlich als Eiweißpräparate anzusprechen sind, wie Sanatogen, Somatose, Tropon usw., und es läßt sich nicht leugnen, daß sie einen gewissen ernährenden Einfluß auf den Organismus haben. Dieser Einfluß ist aber nur ein sehr untergeordneter, und, wenn man den Preis der einzelnen Präparate in Betracht zieht, so ist er so niedrig einzuschätzen, daß man von diesen Präparaten eigentlich nur zu suggestiven Zwecken Gebrauch machen sollte.

Eine nicht unbedeutende Rolle spielte in der Behandlung der Chlorose das heiße Bad, mit dem Zwecke, die Patienten zum Schwitzen zu bringen. Vor allem Dyes und nach ihm Rosin sind warm dafür eingetreten und haben in dieser Manipulation eine starke heilsame Anregung auf den Organismus zu erblicken geglaubt. Ich kann mich dieser Ansicht nicht anschließen, indem ich es zunächst für einen nicht unbedenklichen Eingriff bei einem geschwächten Individuum halte, durch heiße Bäder Schweiß hervorzurufen. Soll geschwitzt werden, so gibt es dafür mildere Anwendungsformen, die weniger angreifend für den Körper sind, und es läßt sich allerdings nicht leugnen, daß bisweilen reichliche Schweißausbrüche, künstlich hervorgerufen, den Körper der Chlorotischen in wohltätigster Weise von zwecklosem Wasserüberfluß entlasten. Aber allein in diesem Umstande möchte ich auch die eigentliche Wirkung der Schwitzbäder sehen; ich glaube weniger, daß die allgemeine Anregung ihre hauptsächlichste Wohltat ist, und dieses Moment der Entlastung wird schließlich ohne Schwitzen am einfachsten durch Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahme erreicht.

Einen ganz gewaltigen Einfluß auf das Befinden der Bleichsüchtigen übt die Übersiedlung aus der Großstadt in einen geeigneten klimatischen Badeort aus, und es ist wunderbar, wie hier in kurzer Zeit Besserungen eintreten, die in der häuslichen Pflege trotz größter Sorgfalt nicht zu erzielen waren. Den schlagendsten Beweis für die enorme Heilwirkung des Ortswechsels geben die Dienstmädchen. Jedem Arzte sind reichlich Fälle bekannt, wo Mädchen, die gesund und rotwangig in die Stadt zogen und dort in Dienst traten, nach kurzer Zeit an Bleichsucht erkrankten und selbst im Krankenhause trotz aller Pflege nicht genesen wollten. Wenn man diese Mädchen wieder in die Heimat zurückschicke, so änderte sich überraschend schnell das Bild, sie erholten sich, wurden frisch und kräftig wie zuvor, und zwar allein unter dem Einflusse der heimatlichen Landluft ohne besondere diätetische und medikamentöse Eingriffe. Wo es daher irgend zu machen ist, sollte man die Chlorotischen rechtzeitig aus den Großstädten fortschicken, und zwar eignen sich am besten für sie die Eisenquellen in gebirgiger Gegend. Das Meer mit seinen Winden und seinen



sonstigen starken Anreizen wird Chlorotischen nur in den leichtesten Fällen nützen, die mittleren und schweren Fälle gehören allein in die Gebirgsluft, welche schon an und für sich — wiederum als Selbsthilfe des Körpers — eine Vermehrung der Erythrozyten veranlaßt. Wenn diese Vermehrung auch nur vorübergehend geschieht, um in der verdünnteren Luft die Sauerstoffaufnahme auf der gleichen Menge wie in der Ebene zu halten, so liegt hierin doch eine überaus wohltätige Anregung, welche ganz wesentlich verstärkt wird durch das Lustgefühl, in der schönen waldigen Gegend einige Zeit leben zu dürfen. Hier im Kurorte mit seinen schattigen Promenaden und den angrenzenden Waldungen werden auch die Chlorotischen eher zu kleinen, innerhalb der Kraftleistung liegenden Spaziergängen zu bewegen sein und werden hier mit der geringsten Unlust das gerade für sie maßgebende Sprichwort beherzigen: Raste ich, so roste ich. Hier werden sie außerdem von den kohlensäurehaltigen Quellen einen viel gewaltigeren, die Energie hebenden Einfluß auf die Haut in der Form der Kohlensäurebäder erhalten, als es künstliche Kohlensäurebäder zuhause oder die heißen Waschungen allein, so wohltätig diese auch in Ermangelung anderer gleichwirkender Manipulationen sind, vermögen. Wo in schöner Natur Quellen mit starkem Kohlensäuregehalt entspringen, wie es für Schlesien in Reinerz, Kudowa, Altheide zutrifft, hat in dem Kohlensäurebad der Arzt einen nicht zu unterschätzenden Heilfaktor für die Chlorose. Es ist dabei zunächst gleichgültig, ob die Quellen auch Eisen enthalten, da bei den Bädern nicht die Bestandteile an Eisen, sondern allein die Haut reizenden, also hier allein die Kohlensäure, in Betracht kommen. Ja sogar für das Trinken dieser Quellen dürfte nach den neuesten Untersuchungen, die mit den Quellen in Spa, Weyer und Wybauw angestellt und vor kurzem in der „Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie“ veröffentlicht haben, die Wirkung des Eisens nicht im Vordergrunde stehen. Diese beiden Forscher haben nämlich nachweisen können,

daß erstens das Heilwasser die Eiweiß- und Kohlehydratabsorption im Darme beträchtlich erleichterte,
und zweitens, daß es die Zelltätigkeit in den Geweben vergrößerte, was sich in der relativ vermehrten Stickstoffausscheidung und verminderten Bildung von Harnsäure zeigte.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Sozialärztliches. — Das Annoncieren. — Gegen die Verwahrlosung der Jugend.)

Als wir seinerzeit die sozialärztlichen Fragen in einer Reihe von Artikeln kritisch beleuchteten, stießen wir bei unseren Lesern zwar auf ein stets wachsendes Verständnis, aber die führenden Kreise verhielten sich den vorgebrachten Tatsachen gegenüber ganz indolent. Wir brachen deshalb unsere Besprechung bis zu einem gelegenen — für manchen ungelegenen — Zeitpunkte ab, aber ein Artikel der „Münch. med. Woch.“ zwingt uns, früher darauf zurückzukommen. Er ist ein Beweis, daß draußen im Reiche in einer erstrangigen Zeitschrift die Fragen mit einer Vorurteilslosigkeit behandelt werden, die allerdings unseren Sitten- und Splitterrichtern und Grünschnäbeln fremd ist, und die sich in manchen Punkten mit den von uns vorgebrachten Anschauungen berührt. Max Nassauer schreibt unter anderem in einem Artikel: „Ethische Fragen für den ärztlichen Stand. Zeitgemäße Revision der Etikettenfragen:

„Wie ich schon andeutete, soll die ganze Annoncenfrage in großzügige Bahnen geleitet werden. Die ärztlichen Organisationen, die sich mit Standesfragen beschäftigen, sollten für ihre Mitglieder sorgen. Gerade für die Bedürftigsten, die auch den Versuchungen am ehesten unterliegen, zu verzweifelten, unethischen Maßnahmen zu greifen, sollten die Organisationen sorgen. Werden diese in der Organisation eine Stütze finden, so werden sie zum Standesbewußtsein und zur Befolgung der ärztlichen Etikette erzogen. Nicht aber dann, wenn ihnen die Vorschriften der Organisation und der Etikette alle möglichen Hindernisse in den Weg legen, bekannt zu werden. Da wäre folgender Weg zu überlegen: Die Organisation, im einschlägigen Falle der Bezirksverein, unterhält in der Tageszeitung eine ständige Rubrik, in welcher alle Mitteilungen der einzelnen Ärzte an die Öffentlichkeit gelangen . . . . In diese Rubrik soll nach Bedürfnis auch eine gewisse Reklame für die bedürftigen Ärzte gelangen dürfen . . . . Wenn der jung niedergelassene Arzt seine Annoncen in die Zeitung gegeben hat, muß er den nun zu erwartenden Patienten auch den Weg in sein Studierzimmer zeigen. Es ist eigentlich kleinlich und lächerlich, über die Zahl, Form, Farbe der Schilder, über den darauf befindlichen Text viel zu diskutieren. Man sollte meinen, daß da ein jeder den richtigen Geschmack besitzt . . . Die Frage, ob der Arzt dem Hotelportier, der ihn rufen ließ, ein Geldgeschenk verabreichen darf, muß von zwei Gesichtspunkten aus betrachtet werden. Der Hotelportier ist überhaupt auf Trinkgelder angewiesen, und in seinen Augen wird derjenige Arzt, der ihm kein solches verabreicht, weniger Ansehen genießen als der „noblere“ Arzt, der dies nicht versäumt. Etwas anderes ist es und gewiß nicht standeswürdig, wenn gleichsam Kontrakte mit den Hotelportiers geschlossen werden, und diese für jeden einzelnen Fall eine Entlohnung erhalten.“

Vorstehend einige Stellen aus dem Artikel. Weshalb wir sie zitieren? Nicht als ob wir jeden einzelnen Satz bestimmen wollten, schon weil wir der Annoncenfrage keine solche Wichtigkeit beimessen und ein Übelstand, auf den Nassauer des weiteren zu reden kommt, die Prämiengeschäfte zwischen Klinik und Hebamme bei uns glücklicherweise nicht bekannt ist — in einem Punkte, betreffs der Erlaubnis, an mehreren Punkten der Stadt zu ordinieren, sind wir sogar einer ganz entgegengesetzten Meinung wie Nassauer —, aber darum handelt es sich nicht. Sondern es handelt sich darum, daß an einem prägnanten Beispiele gezeigt wird, wie man alle diese Streitfragen als anständiger Kollege und anständiger Mensch behandeln muß, nämlich nicht mit § 1 und § 2 usw., sondern mit dem Bestreben, sich in die Lage des Kollegen, der draußen um seine Existenz ringt, hineinzuversetzen, und dann erst sein Urteil zu fällen.

Unterrichtsminister Dr. Marchet hat an die Schulbehörden einen bemerkenswerten Erlaß über den Schutz der Jugend sowohl im schulpflichtigen als auch im vorschulpflichtigen Alter gerichtet. Aus dem umfangreichen Erlasse ist besonders hervorzuheben: Um der Verwahrlosung der Jugend zu steuern, erscheint es notwendig, die Kinder schon im vorschulpflichtigen Alter in Fällen, in denen die Mutter durch Erwerb von der Erziehung der Kinder abgehalten wird, vor den sich hieraus ergebenden Gefahren zu schützen. Hiezu ist die Kinderbewahranstalt berufen. Der Minister hat sich nun bereit erklärt, für neu zu errichtende Kinderbewahranstalten, wenn deren dauernder Bestand gesichert erscheint, innerhalb der verfügbaren Mittel einen angemessenen Betrag zu den Kosten der ersten Einrichtung zu gewähren.

Für den Schutz der im schulpflichtigen Alter stehenden Kinder in schulfreier Zeit kommen die Kinderhorte und die Knabenbeschäftigungsanstalten, das sind jene Einrichtungen in Betracht, welche die Kinder in schulfreien Stunden aufnehmen und sie auf diese Weise vor den Gefahren auf der Straße bewahren. Der Minister fügt noch bei, daß auch der Pflege des Jugendspieles das besondere Augenmerk zuzuwenden und zu diesem Zwecke auf die Schaffung von Jugendspielplätzen, zumal in größeren Orten, mit allem Nachdrucke hinzuwirken wäre. Auch den Institutionen, die sich der Beschäftigung der Kinder in der schulfreien Zeit widmet, stellt der Minister Beiträge in Aussicht.

Die Einhaltung eines geregelten Schulbesuches ist mit aller Entschiedenheit gegenüber den Eltern wie auch den Kindern durchzuführen. Der Erlaß verlangt, es möge die Er-



richtung von Disziplinarklassen nötigenfalls angeregt werden Auch dem Verhalten der Kinder außerhalb der Schule sei nicht nur im Rahmen der bewährten pädagogischen Mittel Aufmerksamkeit zu widmen, die Schule sei auch berechtigt, nötigenfalls die Hilfe der Ortspolizei und des Pflegschaftsgerichtes in Anspruch zu nehmen.

Der Minister ist gern bereit, ein verdienstliches Wirken von Lehrkräften auf dem besagten Gebiete durch besondere Anerkennung zu würdigen.

Internationaler Kongreß für Rettungswesen.

Mitte Juni fand in Frankfurt a. M. der erste internationale Kongreß für Rettungswesen statt. Die Ausstellung, die der Eröffnung des Kongresses für Rettungswesen einige Tage vorangegangen war, um einem größeren Publikum Gelegenheit zu ihrer Betrachtung zu geben, reichte zu einem wohl abgetönten Bilde hin. Die Eigenart der Ausstellungsobjekte bedingte eine Teilung nach verschiedenen Baulichkeiten. Der wissenschaftliche und für Demonstrationen zu den Vorträgen benötigte Teil befand sich in drei Stockwerken der Senckenbergischen Bibliothek, der technische in dem Adlervelodrom und ein ausgerüsteter Rettungszug für Eisenbahnunfälle auf einem Nebengeleise des Hauptbahnhofes. Die wissenschaftliche Abteilung bemühte sich, eine Zusammenstellung von der Entstehung und den Fortschritten des Rettungswesens zu geben. Zum ersten Male ist die alte Literatur aus den Sammlungen der Senckenbergischen Bibliothek, des Sanitätsrates Roediger und des Professors George Meyer, In- und Ausland betreffend, vereinigt und füllt in 400 Bänden eine Lücke unserer bisherigen Kenntnisse aus. Das älteste deutsche Dokument ist die „Landesverordnung bei Hilfeleistung von Ertrunkenen“, Erbach 1751, etwas jünger der „Bericht, wie man denjenigen, die welche man ersoffen zu sein glaubt, hilfreiche Hand leisten soll“. Der Name „Samariter“ taucht zum ersten Male 1787 in dem „rechten Samariter“ auf „oder kurzes Arzneibüchlein von guten und oft bewährten Arzneimitteln, deren der Reisende im Notfall und Mangel eines Medici sich selber bedienen kann“. Aus Frankreich stammt die Rettungsverordnung de la Généralité de Caën, aus England die ersten Veröffentlichungen der Royal human Society. Eine wahre Zierde bildet die vollständige Sammlung der holländischen alten Verordnungen, der Abdrücke von „Handvest“ von Jakoba van Beyeren von 1417 und der ersten „Publikatie“ der ersten historischen Rettungsgesellschaft der Maatschappij to Redding van Drenkelingen 1779 zu Amsterdam. Ihre ersten Originalapparate hat diese Gesellschaft vom gleichen Jahre in einer Kiste ausgestellt, darunter die „Tabaksklystierpfeife“ mit Mundstück und Blasebalg, und das „blecherne Blaserohr“, um Luft in die Lungen zu blasen. Der älteren Literatur reihen sich die Jahresberichte und Veröffentlichungen in- und ausländischer Gesellschaften für die erste Hilfe an. Eigenartig ist die Sammlung von Bildern, die Szenen aus dem Rettungswesen schildern. Es genüge nur einige wenige hervorzuheben, zwei Stiche von Chodowiecki und zwei andere von Northcote, die den Untergang des Prinzen Leopold von Braunschweig schildern, als er bei dem Rettungswerke in Frankfurt an der Oder im Hochwasser zugrunde ging, zwei Stiche zur Begründnng der Royal Human Society und das herrliche Bild von Charles Vigor: ein Feuerwehrmann, eine ohnmächtige Frau aus den Flammen tragend. Frankfurter werden gerne alte Erinnerungen aus den lebensfrischen Zeichnungen von Robert Real: „Das erste Frankfurter Sanitätskorps“ auffrischen. Einen kleinen Raum, aber eine große Bedeutung nimmt die Sammlung von 600 Rettungsmedaillen, Rettungsprämien und Erinnerungsmedaillen vom Sanitätsrat Doktor Roediger ein. Anfangs wurden Geldprämien für Lebensrettung gezahlt, später Ehrenzeichen und Medaillen verliehen. Die Roedigersche Sammlung weist in acht Kräften diese Auszeichnungen, häufig in vortrefflicher künstlerischer Ausführung auf. Fast alle Staaten, auch China, sind hieran beteiligt. Sie spiegeln in ihnen ihre Eigenart wieder. Während in Preußen seit Friedrich Wilhelm IV. nur eine Rettungsmedaille in gleicher Prägung existierte, hat Frankreich deren 150 von Ludwig XVI., Napoleon als Konsul, Ludwig XVIII., Karl X., Louis Philipp; bis zur heutigen Republik sind fortlaufend Exemplare vorhanden. Aber nicht allein von den Regierungen, sondern von den Gesellschaften selbst wurden Medaillen verliehen, so von der Royal Human Society, der italienischen Gesellschaft und anderen, besonders aber von einer großen Anzahl von französischen. Besonderes Interesse dürfte eine von Eugène Carrière vortrefflich modellierte, zwei sich anschmiegende trauernde Frauen darstellend, erwecken mit der Inschrift: Aux mineurs allemands accourus au secours de leurs frères de France, Courrières Mars 1906 und der Umschrift am Rande: Conciliation internationale.

Die Anleitung zur ersten Hilfe weist eine große Menge von Plakaten, Lehrbüchern, Bildtafeln und Atlanten auf. Von letzteren fesseln stets die von Dr. Bernard in St. Moritz von neuem. Zum ersten Male tauchten die sehr gefälligen Tafeln von Wright & Co., Bristol, auf. Mit den Lehrmitteln sind Kästen für die erste Hilfe vereint, nach Erfahrungen und mit dem Bestreben sorgfältiger Antiseptik und Aseptik zusammengestellt. Die Bergschule zu Bochum, die ihre Angestellten für das Rettungswerk sorgfältig ausbilden läßt, gibt eine interessante Zusammenstellung von den Anfangsgründen der Unterweisung bis zur Vorführung der Rettungsapparate für Wiederbelebung, der Saugschlauchapparate, Rauchmasken und Rauchhelme, sowie der Regenerationsapparate zur Einführung von Sauerstoff, Bindung von ausgeatmeter Kohlensäure durch Natronkalk und Absaugung derselben. Eigenartig sind die Tafeln des Leipziger Samaritervereins, die die von ihm aus Mund, Nase und Ohr von unfallverletzten Arbeitern von 1905—1906 entfernten Fremdkörper, Eisen, Glas und andere Splitter aufweisen. Hieran reiht sich die Spezialausstellung für Elektropathologie des Dr. J. Jellinek aus Wien, die 120 Objekte von Schäden durch elektrischen Starkstrom und durch Blitzschlag enthält, in Photographien, naturgetreuen Moulagen und anatomischen Präparaten.

Gegenüber diesen schweren Verletzungen, denen die Arbeiter ausgesetzt sind, und die unser Mitgefühl in Anspruch nehmen, wirken versöhnlich und umstimmend die geographisch-statistischen Tafeln des Reichs-Versicherungsamtes, die Einrichtung und Wirkungen der Arbeiterversicherung des deutschen Reiches mit besonderer Hervorhebung der Unfallverhütung, der ersten Hilfe und des Rettungswesens, sowie des Heilverfahrens der Versicherungsträger darlegen. Dänach betrug 1906 das Vermögen der Arbeiterversicherung 1.854,233.929, die Einnahmen 767,511.249, die Ausgaben 630,806.794 Mk.; die Unfallverhütungskosten im gleichen Jahre 1,573.767 Mk., die Unfallentschädigungen 143,161.276 Mk. Sehr wichtig sind die Ziffern der Unfallhäufigkeit nach Alter und Geschlecht, nach Gruppen der Industrie, des Verlaufes der Unfallfolgen, der Art der Verletzungen und der verletzten Körperteile, der Ursachen der Unfälle (Schuldfrage), der Unfallhäufigkeit nach Monaten, Wochentagen und Tagesstunden. Innerhalb des Rahmens dieser Besprechung kann nur auf die hervorragende Wichtigkeit dieser Veröffentlichungen hingewiesen werden. Hieran reiht sich würdig die Ausstellung der deutschen Vereine vom Roten Kreuz, die in geschlossener Form das ganze oberste Stockwerk einnimmt. In wundervollen, großen Modellen in geschmackvoller, gediegener Ausführung gibt sie ein vollständiges Bild des gesamten Transportwesens der Verletzten, wie es die Organisation vom Roten Kreuz durch die im Kriege gesammelten Erfahrungen und durch seine in Friedenszeiten unermüdlich fortgesetzten Bestrebungen gestaltet hat. Die engen Beziehungen, die das Rettungswesen mit dem Roten Kreuz verbindet, der Einfluß, den dieses auf jenes ausübt, konnte nicht klarer, aber auch nicht besser veranschaulicht werden, als durch diese Ausstellung. Mit ihr scheint auch das Rote Kreuz die anfangs ablehnende, später zögernde Stellung zum Samaritertum aufgeben zu wollen, um so mehr, als seine Sanitätskolonne sich nicht bloß bei Epidemien und



Massenunfällen, sondern auch im Rettungsdienste in kleinen Städten und auf dem flachen Lande in dem letzten Jahrzehnt immer mehr hilfreich erweisen. Die Ausstellung vom Roten Kreuz ist aus allen Provinzen Preußens, Anhalt, sowie aus Baden, Bayern, Hamburg, Hessen, Sachsen, Sachsen-Weimar und Württemberg beschickt in großzügigem, edlem Wettbewerb. Die Sammlung umfaßt die einfachsten Improvisationen von Tragbahren und Wagen, wie sie die Not erheischt und kluge, geschickte Erfahrung zu einem System gewandelt hat, zu der vollendeten Ausstattung der Verwundetenzüge mit guten Krankenräumen und federnden Lagerungsapparaten, Operationszimmer, Küche und allem Komfort für die Kranken und Verletzten.

Von den Vorträgen heben wir zuerst einen von Professor Kutner (Berlin) hervor, der sich mit Rettungswesen und ärztlichem Unterricht beschäftigte. Der Redner will die Ausbildung im Rettungswesen auf das praktische Jahr der Mediziner in die Akademien und ärztlichen Fortbildungskurse verlegt haben, und wünscht zu diesem Zwecke einen eigenen Dozenten, für den die Kosten die großen industriellen und wirtschaftlichen Verbände zu tragen hätten.

Dr. Kuhn, Kassel, sprach über die perorale Intubation bei der künstlichen Atmung, und demonstrierte das dazu gehörige Instrumentarium. Er trat mit Entschiedenheit für eine Vervollständigung des landläufigen Sauerstoffrettungskastens ein und betonte die Unklarheiten und falschen Vorstellungen auf dem einschlägigen Gebiete, die nicht nur in Laienkreisen, sondern auch in ärztlichen Fachkreisen gelegentlich bestehen. Kernpunkt der Rettungsfrage eines Atemlosen und das Erste und Letzte jeder Hilfe ist die Entfernung der Kohlensäure aus der Lunge des Scheintoten, und hiemit aus dem Körper. Der Kohlensäure gilt die erste Sorge, und damit diese entweichen kann, muß man für bestes Offensein der Luftwege bemüht sein. Dies aber wird durch ein Rohr, das von den Lippen in die Luftröhre gelegt wird, genugsam erreicht und gewährleistet. Erst in zweiter Linie steht die Zufuhr von Sauerstoff, namentlich von solchem unter besonderem Druck oder abwechselndem Druck. Aber auch dieser braucht die beste Einführung und muß, wenn er helfen, vor allem auch ventilieren soll, in die Tiefe der Luftwege gebracht werden. Auch dieses besorgt nur ein Rohr von der Art des genannten peroralen Intubationsrohres, vervollständigt durch ein dünnes zuführendes Röhrchen. Die Bedienung des Rohres am Scheimtoten ist nicht schwer und kann selbst von Samaritern erlernt werden. Wichtig aber bleibt vor allem, daß namentlich dem zugezogenen Arzte durch den Rettungskasten das notwendige Werkzeug zu wirksamer Hilfe geboten bleibt. In der Diskussion wandte sich Brat, Berlin, vor allem gegen die Einwendungen des Redners gegen die Sauerstofftherapie und demonstrierte einen Ventilapparat. Von Rehn, Frankfurt, Jaffé, Berlin, Kutner, Berlin, wurde vor so komplizierten Instrumenten in der Hand von Laien gewarnt.

Dr. Schwab, Berlin, sprach über „Die erste ärztliche Hilfe, ihre Forderung und ihre Begrenzung“. Die Tätigkeit des Rettungsdienstes umfaßt zwei sich gegenseitig ergänzende Faktoren: Die Organisation der ersten ärztlichen Hilfe, die in ärztlichen Händen liegen muß und einheitlich zentralisiert sein soll, und den Exekutivdienst, der in den Innen- und Außendienst sich teilt und an die Kenntnisse und Eigenschaften, an die Fähigkeiten und Verantwortlichkeit der einzelnen diensttuenden Ärzte die höchsten Anforderungen stellt. Um die erfolgreiche Wirksamkeit des Rettungswesens nach jeder Richtung hin zu verbürgen, muß die ärztliche Hilfe Gegenstand des theoretischen und praktischen Unterrichtes auf den Universitäten und in den ärztlichen Fortbildungskursen werden. In der Diskussion erklärten sich die meisten Redner mit den sehr weitgehenden Forderungen des Vortragenden nicht einverstanden.

Dr. Wörner, Leipzig, sprach über „Haftpflicht und Unfallversicherung der Nothelfer“. Er faßte seine Ausführungen in folgende Thesen zusammen: 1. Die öffentliche Unfallversicherung wird das Rettungswesen am wirksamsten dadurch fördern, daß in den Unfallverhütungsvorschriften ausnahmslos für alle Betriebe oder solche von bestimmter Größe die Ausbildung mindestens einer Person im Rettungsdienst verlangt wird. 2. Die private Unfall- und Haftpflichtversicherung wird zur Förderung des Rettungswesens am besten dadurch beitragen, daß sie Prämienrabatte denjenigen Versicherten gewährt, die in ihren Betrieben oder ihrer Haushaltung Verbandkästen und Anleitungen zur ersten Hilfe bei Unglücksfällen bereit halten, ferner in erhöhtem Maße denjenigen, die selbst im Rettungsdienste ausgebildet sind oder in deren Betrieb, bez. Haushalt dies mindestens hinsichtlich einer anderen Person der Fall ist. 3. Die öffentliche wie private Unfall- und Haftpflichtversicherung sollten von dem Mittel der Rettungsprämie tunlichst Gebrauch machen und die Kenntnis dieser Übung in allen Volkskreisen verbreiten.

Geheimer Sanitätsrat Dr. Schwechten, Berlin, machte ausführliche Mitteilungen über Hilfszüge auf deutschen Eisenbahnen. Die seit einer Reihe von Jahren in Deutschland eingeführten Hilfszüge bestehen aus Lokomotive, einem Arztwagen und einem Geräte-, Hilfsgeräte- oder Werkzeugwagen. Im Bedarfsfalle kann in Preußen und Sachsen diesen Wagen noch ein Mannschaftswagen beigegeben werden; in Baden ist er ein- für allemal eingestellt. Während die Gerätewagen in erster Linie zur Wiederherstellung der Strecke und Aufgleisung dienen, erfüllen die Arztwagen zunächst den Zweck, Verbandsmaterial, ärztliche und Samariterhilfe möglichst schnell an den Unfallsort zu befördern. Man unterscheidet in Deutschland drei Typen. Die bayerischen Wagen sind nach dem Durchgangssystem gebaut und mit Ofenheizung, Gasbeleuchtung, Eiskasten und Abort versehen. Der württembergische Arztwagen ist im wesentlichen dem bayerischen System nachgebildet und enthält u. a. zehn Tragbahren, die zugleich als Betten dienen. Der preußische Wagen unterscheidet sich von den beiden vorgenannten dadurch, daß er in zwei Abteilungen zerfällt, die durch eine Tür miteinander verbunden sind. Das kleinere Abteil dient als Arztraum, das andere zur Unterbringung der Kranken. Die Wagen sind mit Operationstisch, Wasch- und Verbandsschrank ausgestattet. Der Krankenraum enthält acht Lagerstätten, je zwei übereinander. Einen ganz neuen Typ bilden die neuerdings entworfenen badischen Arztwagen für Hilfszüge, die an fünf Orten aufgestellt werden sollen. Er enthält u. a. auch ein tragbares Telephon und eine Kabelrolle. Im ganzen besitzt Deutschland 111 Arztwagen, die so zweckmäßig verteilt sind, daß durchschnittlich jede Unfallstelle in einer halben Stunde Fahrzeit zu erreichen ist. Dazu kommt allerdings noch die Zeit für Herbeischaffung der Ärzte und Samariter, für die man am Tage eine halbe, für die Nacht dreiviertel Stunden rechnen muß.

Im Anschlusse an diesen Vortrag sprachen Obersanitätsrat Dr. Ritter v. Britto, Wien, über Rettungsvorkehrungen auf österreichischen Bahnen und Sanitätsinspekteur Doktor Romeyn, Venloo, über die erste Hilfe bei Eisenbahnunfällen in den Niederlanden. In der Diskussion wandte sich Medizinalrat Gilbert, Dresden, gegen die Ausrüstung der Rettungszüge mit Instrumenten, die jeder Arzt bei sich führen müsse. Das einzige Instrument, das in den Wagen untergebracht werden müsse, sei eine große Schere zum Aufschneiden der Kleidungsstücke. Das weitaus schwierigste Moment im Ernstfalle müsse in dem Anortschaffen der Züge erblickt werden.

Über „Rettungswesen in Großstädten“ sprach Doktor Paul Frank, Berlin. Er wünscht nicht, daß in großen Städten das Rettungswesen von der Kommune übernommen wird. Es soll sich dort wesentlich auf Einrichtungen für erste Hilfe gründen, wo die von den am Bestehen derselben am meisten interessierten Organisationen, wie Berufsgenossenschaften, begründet worden sind. Der Redner ist der Ansicht, daß eine beschränkte Anzahl von Ärzten, etwa drei oder vier, sicherer in der Lage ist, die Genauigkeit und Pünktlichkeit des Dienstes zu gewährleisten, als wenn eine sehr große Zahl, abwechselnd Dienst in den Stationen tut. Gegen die Forderung des Redners, daß die Berufsgenossenschaften die Einrichtungen für erste Hilfe gründen sollen, machte sich in der Diskussion lebhafte



Opposition geltend. Der Behauptung eines Berliner Delegierten, daß es Samariter gebe, die besser ausgebildet als Ärzte seien, wurde energisch widersprochen.

Dr. Kormann, Leipzig, sprach über „Das Rettungswesen, eine Aufgabe der Ärzteschaft“. Der Redner würdigte die Tätigkeit der Samariter und befürwortete den Samariterunterricht. Eine Reihe von Ärzten steht dem Samariterunterricht mißtrauisch gegenüber, aber mit Unrecht. Was die Ärzte aber mit Recht verlangen, das ist: Kautelen zu schaffen, damit die Laientätigkeit nicht über das unbedingt erforderliche Maß hinaus wuchert, damit der Samariter nicht glaubt, Forscher sein zu können, wo er doch nur Nothelfer ist. Der Arzt allein soll berechtigt sein, dem Laien Samariterunterricht zu erteilen. Die Rettungswachen können nur dann völlig ihrem Zweck genügen, wenn sie einen geregelten ärztlichen Dienst haben. Alle Rettungswachen, die nur von Samaritern bedient werden, müssen als unvollkommen und rückständig gelten. Der Redner verlangte, daß die Rettungswachen unter ärztliche Leitung gestellt werden, und daß ein geregelter ärztlicher Wachdienst für sie geschaffen wird.

Über erste Hilfe bei Unfällen in der deutschen Handelsmarine sprach Dr. Bucholz, Berlin, vom Kaiserlichen Gesundheitsamt. Der Redner betonte, daß auf den deutschen Handelsschiffen im allgemeinen in ausreichender Weise für die erste Hilfe bei Unfällen und Erkrankungen gesorgt ist. Für die übrigen Schiffe ist ein allgemein durchgeführter Unterricht der Schiffsführer und Steuerleute in den einfachsten Regeln der ersten Hilfe sehr erwünscht. Besonders gilt dies für die auf See befindlichen Hochseefischer. Unter den Unfällen an Bord nehmen die Hitzschlagerkrankungen und die Erstickungsfälle infolge Einatmens giftiger Gase oder zum Atmen nicht geeigneter Luft besondere Beachtung in Anspruch. Ohne Zweifel könnte man manchen Unglücksfall dieser Art verhüten, wenn alle verantwortlichen Personen an Bord über die dabei zu beobachtenden Maßregeln gründlich unterrichtet wären. Außerdem ist der Frage der Ventilation in den Schiffs- und Heizräumen weitere Aufmerksamkeit zu schenken. (Beifall.)

Über Sicherheitseinrichtungen an Bord transatlantischer Passagierdampfer sprach Schiffsbauingenieur Biedermann, Bremen. Er teilte u. a. mit, daß auf verschiedenen Dampfern des Norddeutschen Lloyd neuerdings ein Apparat eingeführt worden ist, der auf eine sehr einfache Weise eine Verständigung von Schiff zu Schiff bei Nacht ermöglicht und dadurch die Sicherheit zur See wesentlich fördert. Über der Kommandobrücke wird eine elektrische Lampe aufgehißt, die mittels eines Tasters im Steuerhaus zu längerem oder kürzerem Aufleuchten gebracht wird, wodurch man mit Hilfe des Morsealphabets leicht Nachrichten übermitteln kann. Noch eine bedeutende Erfindung der Neuzeit hat sich von großem Werte für die Sicherheit der Navigation erwiesen: die drahtlose Telegraphie.

Freiherr v. Rotenhahn, erster Vorsitzender des deutschen Sanitäts-Radfahrerverbandes, sprach über Sanitätsradfahrerwesen. Er hob besonders hervor, daß die großen Automobilrennen der neueren Zeit, sowie der ausgedehnte Wintersport seinem Verband und den organisierten Sanitätskolonnen ein weitausgedehntes neues Feld der Tätigkeit bieten. Es werden Hilfsstationen errichtet und durch ausgesteckte Fahnen kenntlich gemacht, woselbst Betten, Decken, Tragbahren u. dergl. sich befinden und manchmal auch Ärzte stationiert werden.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Weitere Mitteilung zur Radikaloperation der Brüche bei Kindern. Von Dr. H. Maass.

Betreffs der Indikation ergibt sich der Satz, Säuglinge nicht ohne zwingenden Grund der Operation zu unterwerfen. Hiegegen spricht in erster Linie die Tatsache, daß die große Mehrzahl der Säuglingshernien sehr schnell — meist schon innerhalb des 1. Jahres — zur Spontanheilung kommt; jede Hernienstatistik lehrt, daß vom 1. zum 2. Lebensjahr die Frequenz der Leistenbrüche rapide sinkt; nach seiner eigenen Statistik kommen auf 100 Leistenbrüche des 1. Lebensjahres knapp 50 des zweiten, wobei zu berücksichtigen ist, daß sehr viele Brüche kleinster Kinder überhaupt nicht zur ärztlichen Kognition kommen.

Ein weiterer Grund gegen ein allzu frühzeitiges Operieren ist der Umstand, daß bei kleinsten Kindern die Operation mitunter recht große technische Schwierigkelten bietet; das betrifft vorzugsweise die angeborenen oder vaginalen Brüche; da aber gerade diese eine frühzeitige Tendenz zur Spontanheilung haben, so prävalieren jenseits des ersten Jahres ganz beträchtlich die erworbenen Brüche, deren Operation sich im allgemeinen weit einfacher gestaltet.

Obschon der Eingriff auch von ganz kleinen Kindern im allgemeinen gut vertragen wird, so ist er doch im Säuglingsalter durchaus nicht ganz ohne Risiko; von seinen 24 operierten Säuglingen sind 4 gestorben, d. i. eine Mortalität von zirka 16 %. Für Säuglinge bildet die nicht immer entbehrliche Narkose eine Gefahr. Die mittelbaren Gefahren der Narkose und die sonstigen mit dem Eingriff verbundenen Schädigungen, wie Blutverlust, Abkühlung usw. sind wichtig, weil sie das labile Gleichgewicht der Säuglinge nicht selten in empfindlicher Weise stören, so daß die Kinder noch nach erfolgter Wundheilung an den Fernwirkungen der Operation zugrunde gehen, sei es atrophisch unter dyspeptischen Erscheinungen, sei es an einem Bronchalkatarrh, an einer Pneumonie usw.

Es fragt sich demgegenüber, ob die Einklemmungsgefahr bei Säuglingen so groß ist, daß dieserhalb die prinzipielle Vornahme der Radikaloperation auch im 1. Lebensjahre indiziert wäre. Das ist nach seinen Erfahrungen keineswegs der Fall.

Die Bruchbandbehandtung über das 1. Jahr hinaus noch lange fortzusetzen, resp. bei älteren Kindern überhaupt erst damit zu beginnen, scheint M. hingegen kontraindiziert, da die Bandagenbehandlung ältere Kinder recht belästigt und mit zunehmendem Alter im Erfolg sehr viel unsicherer wird wohingegen schon vom 2. Lebensjahre an die geäußerten Bedenken gegen die Operation fortfallen, und die Chancen der Radikaloperation die denkbar günstigsten sind.

Hinsichtlich des Operationsverfahrens hat M. bei den in den letzten 4 Jahren ausgeführten Operationen prinzipiell auf die Verengerung der Bruchpforte durch Naht der Leistenpfeiler oder andere plastische Methoden verzichtet. Selbst bei älteren Kindern (33 der von ihm operierten Kinder standen im Alter von 6—14 Jahren) erzielt man durch einfache Resektion des Bruchsacks, ohne plastische Verengerung der Bruchpforte, ausnahmslos rezidivfreie Heilung, sobald es nur gelungen ist, den Bruchsackhals gut zu isolieren und so hoch zu unterbinden, daß sich der Ligaturstumpf nach der Resektion tief in die Bauchhöhle zurückziehen kann; das ist der für die Dauerheilung wesentliche Akt der Operation.

Die Isolierung des Bruchsacks bietet erhebliche Schwierigkeiten nur bei den angeborenen oder vaginalen Brüchen.

Bei den vaginalen Brüchen sind die anatomischen Verhältnisse dadurch schwieriger, daß der vaginale Bruchsack viel zarter ist als der erworbene, und daß die Samenstranggebilde nicht in den äußeren Bruchsackhüllen verlaufen, sondern — meist als einheitlicher Strang — unmittelbar auf dem sehr zarten Bruchsack in den Leistenkanal ziehen; besonders verläuft das Vas deferens so dicht auf der Serosa, daß eine Isolierung der letzteren kaum möglich erscheint. Es empfiehlt sich in solchen Fällen, den Bruchsack zu öffnen und die Serosa von innen bis zum Bruchsackhals abzupräparieren. Gelingt auch dies nicht, so bleibt nur übrig, auf die Resektion des Bruchsacks zu verzichten und nach dem Vorschlage von Anschütz den Bruchsackhals von innen her durch Naht zu schließen.

Glücklicherweise stößt man, wenn man die Säuglinge möglichst von der Operation ausschließt, nicht allzu häufig auf so schwierige anatomische Verhältnisse; unter den



Brüchen, die er jenseits des ersten Jahres operiert hat, prävalieren ganz erheblich die mit einem erworbenen peritonealen Bruchsack, während die vaginalen im zweiten Jahr mit höchstens 20 % in der Folge noch erheblich geringer beteiligt sind.

Die bei Kindern vielfach gefürchtete Läsion der Samenstranggebilde ist am sichersten dadurch zu vermeiden, daß man die Auslösung der Serosa aus den Bruchhüllen nach Möglichkeit stumpf vornimmt; doch ist zuzugeben, daß die Operation vaginaler Brüche bei sehr jungen Kindern eine gewisse Gefahr für den Hoden bildet. M. selbst hatte nach einer seiner ersten Operationen eine Hodennekrose zu beklagen; in einzelnen Fällen blieb der Hoden retrahiert und mit der Narbe verwachsen, in anderen vergrößert und härter als auf der gesunden Seite. Dagegen hat M. bei der großen Mehrzahl der Kinder durch eine Reihe von Jahren hindurch verfolgen können, daß die Entwicklung des Hodens auf der operierten Seite durchaus normal erfolgte. Jedenfalls ist, falls man nicht zu kleine Kinder operiert, die Gefahr für den Hoden kaum größer als bei Erwachsenen.

Ein wesentlicher Vorteil bei Kindern ist die leichte Reponibilität des Bruchinhalts; nur ausnahmsweise wurde es nötig, den Bruchsack zu eröffnen, um Adhärenzen zu beseitigen; bei zwei älteren Knaben, die schon längere Zeit mit Bruchbändern behandelt waren, fanden sich ausgedehntere Netzadhäsionen. Bei einem Kinde mußte, obwohl eine Einklemmung nicht bestand, die Bruchpforte blutig erweitert werden, um die stark geblähten Darmschlingen zu reponieren. Den Wurmfortsatz fand M. verhältnismäßig oft im Bruchsack und hat ihn in zwei Fällen wegen bestehender Verwachsungen reseziert. (Berl. klin. Woch. Nr. 5.)

*

Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Thrombophlebitis. Von Prof. G. Leopold.

Autor kommt auf Grund von 18 Fällen von puerperaler Peritonitis zu folgenden Schlüssen:

a) Gonorrhoische Infektion kurz vor Beginn oder während der Schwangerschaft kann das Wochenbett viel gefährlicher gestalten als allgemein angenommen und geglaubt wird. Dies beweisen solche Fälle, bei denen die Gebärenden innerlich nicht untersucht worden sind.

b) Bei solchen infizierten Frauen kann hohes Fieber mit dem Zeichen beginnender Peritonitis schon am dritten Tage post partum, in manchen Fällen erst am sechsten Tage als sogenanntes Spätfieber auftreten. Gerade letzteres ist bekanntlich für gonorrhoische Infektion sehr charakteristisch und kann außerordentlich schwer mit akuter Peritonitis, bezw. Thrombophlebitis, die in kurzer Zeit zum Tode führen, einsetzen.

c) Von großer Gefahr sind wochenlang sich hinschleppende Abortblutungen, namentlich wenn sie mit Fieber verbunden sind. Nach erfolgter Ausstoßung des Eies kann hier durch die im Uteruskavum angesammelten Infektionsträger sich sofort akute Peritonitis, bezw. Thrombophlebitis anschließen.

d) Von den verschiedenen Zeichen beginnender Peritonitis, bezw. Thrombophlebitis sind die ernstesten der hohe kleine Puls, der Singultus, event. das Erbrechen und die Schüttelfröste. In zweiter Linie kommen dann der spontane Leibschmerz oder der Schmerz bei Betastung sowie der Meteorismus, und bei der Thrombophlebitis die Schmerzen in der Fossa ovalis und die Ödeme der Füße und Beine.

e) Ist die Diagnose auf beginnende akute Peritonitis gestellt, so darf nicht später als am dritten Tage nach Beginn derselben die Eröffnung der Bauchhöhle zum Ablaß des Eiters ausgeführt werden. Auf jeden Fall ist der Douglassche Raum nach der Scheide hin von der Linea alba aus zu eröffnen, durchzuspülen und zu drainieren. Zweckmäßig ist die Eröffnung und Drainierung der Bauchhöhle auch in den Flanken.

f) Bei der Nachbehandlung ist die allergrößte Sorgfalt darauf zu verwenden, daß von den Öffnungen der Drainröhren aus keine sekundäre Infektion eintritt.

g) Handelt es sich um Thrombophlebitis purulenta puerperal., ohne Beteiligung des Peritoneums, so ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft in erster Linie in Betracht zu ziehen, daß der Leib eröffnet und die betreffende thrombosierte, von Eiter erfüllte Vene aufgesucht, unterbunden und entfernt wird (notabene nach Bumm genügt die bloße Ligierung der Vene). Die beste Methode ist hier die transperitoneale. Der richtige Zeitpunkt ist gekommen, wenn Schüttelfröste auf die Verschleppung von Thrombusbröckeln hinweisen und seit ein bis zwei Tagen auftreten.

h) Angesichts der Tatsache, daß nach anfänglich gutartigem Verlaufe einer ein- oder doppelseitigen Thrombose der Vena femoral., bezw. iliak. ext. sich pyämisches Fieber, welches auf eiterigem Zerfalle der Thromben und Verschleppung der Eiterbröckel beruht, sogar noch spät anschließen kann, so erscheint die möglichst frühzeitige Aufsuchung und Abbindung der thrombosierten Venae iliak., bezw. der Venae spermat int., ja im einzelnen Falle selbst aller vier Venen, je nach der Schwere des Falles durchaus begründet.

i) Hiebei halte sich der Operateur immer vor Augen, daß die Gefahr, in welcher die Kranke bei Beginn einer Peritonitis oder bei einer Thrombophlebitis purulenta sich befindet, immer eine viel ernstere und drohendere ist als die, welche in dem operativen Eingriffe liegt, und daß umgekehrt bei längerem Zuwarten und Zaudern die Laparotomie für den nunmehr sehr geschwächten Körper zu gefährlich, ja ganz aussichtslos ist.

Der Leitstern muß sein: Früh genug, aber nicht zu spät! (Archiv für Gynäkol. 85 Bd., H. 3.)

*

Über Diagnose und Therapie der Mastdarmfisteln. Von Dr. Gerhard Ruben.

Es ist eine bemerkenswerte Tatsache, daß die am Mastdarm und in seiner Umgebung vorkommenden und mit ihm zusammenhängenden Fistelbildungen und Eiterungsprozesse sehr häufig nicht als vom Mastdarm ausgehende erkannt und dementsprechend behandelt werden.

Die hier in Betracht kommenden Eiterungsprozesse können zweierlei Art sein; Entweder sind es akut entstehende phlegmonöse Erkrankungen in der Gegend des Rektum (periproktitische Abszesse), die, wie Phlegmonen an anderen Körperstellen auch, sehr akute Erscheinungen machen und sehr bald zur Operation kommen. Oder aber es sind langsam sich entwickelnde kleine Eiterherde, die — oft ohne vom Patienten bemerkt zu werden — zur Perforation führen. In letzterem Falle kommen die Kranken verhältnismäßig spät in ärztliche Behandlung, denn die nunmehr entstandenen Fisteln machen den Kranken gewöhnlich nur sehr geringe Beschwerden und werden von ihnen nicht selten jahrelang getragen, ohne daß sie mehr davon verspüren, als hin und wieder etwas Schringen und Jucken. Ein kleiner Einriß der Mastdarmschleimhaut am Rande des Anus, eine sogenannte Mastdarmfissur, macht, besonders bei der Defäkation, in der Regel ungleich stärkere Beschwerden als eine ausgedehnte Mastdarmfistel. Auf letztere werden die Patienten oft erst durch die Beschmutzung ihrer Wäsche mit Eiter und Blut aufmerksam gemacht.

Kommen diese Patienten dann schließlich in ärztliche Behandlung, und findet sich eine offensichtliche Mastdarmfistel, so ist die Diagnose leicht zu stellen und die Therapie in der Spaltung der Fistel ohne weiteres gegeben. Indessen liegen die Verhältnisse in diagnostischer Beziehung durchaus nicht immer so einfach. Es hat das seinen Grund in der eigenartigen Lage und Entstehungsweise der Mastdarmfisteln. Diese Abszesse entwickeln sich entweder submukös, zwischen Analschleimhaut und der Muskulatur des Sphincter externus und perforieren dann die Analschleimhaut, oder aber sie senken sich in das subkutane Gewebe herab und durchbrechen die äußere Haut an einer näher oder entfernter vom Anus liegenden Stelle.

Je nachdem nun die Perforation nach innen in den Darm oder nach außen durch die Haut oder nach beiden Seiten hin erfolgt, unterscheidet man inkomplette innere, inkomplette äußere oder komplette Fisteln.



Körte unterscheidet zweckmäßig nach dem Sitz der Fisteln 1. solche, die in der Pars perinealis recti liegen, nur einen Teil des Sphinkter durchsetzen und im wesentlichen submukös verlaufen, 2. solche, die innen von der Ampula recti ausgehen, das Gewebe der Fossa ischiorectalis durchsetzen und nach außen vom Sphinkter auf die Haut perforieren; 3. als schwerste Form solche, die von der Darmschleimhaut, oberhalb des Levatoransatzes ihren Ursprung nehmend, den muskulären Beckenboden durchsetzen und nach außen vom Sphinkter endigen.

Es erscheint nun zur richtigen Beurteilung der hier in Betracht kommenden Krankheitsprozesse die Frage von besonderer Wichtigkeit, ob bei periproktitischen Abszessen und bei Fisteln in der Gegend des Mastdarms die Kommunikation mit diesem fehlen kann, d. h. ob es inkomplette äußere Fisteln gibt oder nicht. Da die Entstehung der meisten Mastdarmabszesse und Fisteln so zu erklären ist, daß durch eine kleine, im Mastdarm entstandene Ulzeration eine Perforation der Mastdarmwand und dadurch ein Fortschreiten des Eiterungsprozesses in die Umgebung verursacht wird, so werden wir für diese Fälle ohne weiteres das Vorkommen inkompletter äußerer Fisteln verneinen können. Aber auch bei den ohne eine solche Perforation entstandenen Abszessen ist anzunehmen, daß sie die Darmschleimhaut bei zunehmender Eiteransammlung eher durchbrechen werden als die äußere Haut, da sie der ersteren dicht anliegen, und da die letztere doch auch erheblich widerstandsfähiger ist. Erst wenn die in den Darm mündende, oft sehr kleine Öffnung auf die Dauer keinen genügenden Abfluß gewährt, wird eine sich allmählich vollziehende nachträgliche Perforation der äußeren Haut eintreten.

Demnach wird man beim Bestehen einer äußeren Fistelöffnung immer annehmen müssen, daß auch eine innere, in den Darm führende Öffnung vorhanden ist. Aber auch wenn eine äußere Öffnung noch nicht besteht, wird man nach einer inneren Öffnung immer suchen müssen.

Wenn demnach schon die rein theoretischen Erwägungen darauf hinweisen, daß es inkomplette äußere Fisteln nicht gibt, so hat R. diese Tatsache an seinem eigenen Material, d. h. an 167 von ihm operierten Fällen durchaus bestätigt gefunden. Für die Erkennung und Behandlung der Mastdarmfisteln ist, wie schon erwähnt, diese Beobachtung ganz besonders wichtig. Die geringsten Schwierigkeiten in bezug auf die Diagnose bieten die kompletten, nach außen in eine kleine Öffnung mündenden, oberflächlichen Mastdarmfisteln. Sie sind ohne weiteres als solche zu erkennen, wenn auch die äußere Mündung oft in Hautfalten versteckt liegt oder aber durch einen kleinen Granulationsknopf verschlossen wird.

Erheblich schwerer zu beurteilen sind diejenigen Prozesse, welche nach außen noch nicht durchgebrochen sind. Wenn diese Prozesse bis dicht unter die Haut gelangt sind, so erscheinen sie, falls sie nur eine geringe Ausdehnung haben, als oberflächliche kleine Abszesse oder Infiltrationen, oft von furunkelartigem Ansehen. Diese kleinen Abszesse geben am häufigsten Veranlassung zu diagnostischen Irrtümern, denn sie finden sich oft weit vom Mastdarm entfernt auf den Glutäen oder selbst unterhalb derselben, zuweilen auch nach dem Kreuzbein zu. Auf die Bedeutung dieser Form der Erkrankung möchte R. mit ganz besonderem Nachdruck hinweisen, denn unter den von ihm operierten Fällen befindet sich eine erstaunlich große Zahl, bei welchen derartige kleine, weit vom Anus abliegende Abszesse nicht als mit dem Mastdarm in Zusammenhang stehend vorher erkannt worden sind. Der Verlauf der Erkrankung war dann immer so, daß die Abszesse zunächst vom Arzte inzidiert wurden und darauf nach kurzer Zeit heilten. Bald aber bildete sich ein neuer Abszeß an der alten Stelle oder in geringer Entfernung von derselben. Dies wiederholte sich oft jahrelang in größeren oder geringeren Zwischenräumen. Man begnügte sich dann mit der Annahme, daß an der betreffenden Stelle eine Neigung zur Abszeß- oder Furunkelbildung bestehe. Es gelang R. in allen derartigen in seine Behandlung fallenden Fällen, einen von dem Abszeß in den Darm führenden Gang zu finden. Nach Spaltung dieses Ganges sind die Patienten, von denen er eine große Zahl noch jahrelang beobachtet hatte, sämtlich von ihren Abszessen dauernd geheilt geblieben. Das wichtigste Merkmal, wodurch sich diese Prozesse von gewöhnlichen Abszessen oder Furunkeln unterscheiden, ist die bei der Inzision entleerte Eitermenge, welche fast immer größer ist, als man nach der Ausdehnung des Abszesses erwarten sollte. Außerdem findet man häufig, daß diese Abszesse nicht eine halbkugelartige Höhle bilden, sondern trichterförmig in die Tiefe gehen. An der Spitze dieses Trichters findet sich oft ein winzig kleines Loch, aus dem sich auf Druck ein Tröpfchen Eiter entleert. Wenn man dieses Loch weiter verfolgt, gelangt man fast immer in den zum Darm führenden Fistelgang.

Diesen soeben beschriebenen kleinen und scheinbar oberflächlichen Prozessen stehen solche gegenüber, welche eine größere Ausdehnung erlangt haben. Sie erscheinen oft als tiefe, der Darmwand anliegende Infiltrate, die häufig schon tagelang die erheblichsten Schmerzen und Beschwerden verursachen, ehe sie von außen wahrnehmbar sind. Der in den Mastdarm eingeführte Finger fühlt zwar die Schwellung von innen, indessen ist die Rektaluntersuchung den Patienten in diesem Zustande so außerordentlich schmerzhaft, daß sie ohne Narkose meist nicht ausführbar ist. Allmählich erst gelangt der Prozeß an die Oberfläche als ausgedehnte, dem Mastdarm fest anliegende Eiterung. Bei der Operation findet man dann eine weit am Mastdarm hinaufreichende, mit großen Eitermengen gefüllte Höhle. An der dem Mastdarm anliegenden Wandung dieser Höhle wird man durch vorsichtiges Sondieren stets eine, wenn auch noch so kleine, in den Darm führende Öffnung entdecken.

Neben diesen von Anfang an der Darmwand fest anliegenden, in der Tiefe sich entwickelnden und ausbreitenden Eiterungen finden sich auch solche, welche zwar auch in der Tiefe ihren Ursprung haben, welche aber erst eine größere Ausdehnung gewinnen, wenn sie mehr an die Oberfläche gelangt sind. Da diese Prozesse häufig an einer vom Mastdarm entfernten Stelle zum Vorschein kommen, geben sie leicht zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung. Insbesondere sind das solche Fälle, bei denen sich in der Gegend des Kreuzbeins ein entzündliches Infiltrat findet. Dieses macht zunächst den Eindruck, als ob es durch eine Erkrankung des Kreuzbeins hervorgerufen würde. Man gelangt bei der Operation in eine bis auf das Periost des Kreuzbeins gehende Abszeßhöhle. Findet man nun das Periost unversehrt und gelangt man nirgends auf einen Knochenherd, so soll man sich nicht mit der bloßen Abszeßspaltung begnügen, sondern man soll immer an einen Zusammenhang mit dem Darm denken und nach einem zu ihm führenden Gang suchen.

Ebenso wie aber die vom Mastdarm ausgehenden Eiterungsprozesse einerseits in der Gegend des Kreuzbeins in die Erscheinung treten, so finden sie sich auch andererseits in der Gegend des Dammes. Hier treten sie in der Form von periurethralen Abszessen auf und geben so ebenfalls zu diagnostischen Irrtümern Veranlassung. Man soll deshalb auch in diesen Fällen, besonders wenn Erkrankungen des Harnapparates nicht vorliegen, stets an einen Zusammenhang der Eiterung mit dem Mastdarm denken und sorgfältig nach einem zu diesem führenden Gange suchen.

Neben allen diesen bisher geschilderten Formen von Eiterungen in der Nähe des Mastdarms, welche teils offensichtlich, teils wider Erwarten mit dem Darm in Verbindung stehen, gibt es natürlich auch andererseits in dieser Gegend Eiterungen und Fistelbildungen, die mit dem Darm nichts zu tun haben, obgleich man dies ihrer Lage nach annehmen sollte. Es gehören hieher kariöse Erkrankungen der Beckenknochen und des Kreuzbeins, Fisteln von Senkungs-, Prostata- und Harnröhrenabszessen, sowie kongenitale Fisteln, die in Zusammenhang stehen mit kongenitalen, zystischen Geschwülsten des kleinen Beckens, besonders des Kreuz- und Steißbeines.



Die Diagnose ist hier einzig und allein zu stellen durch eine sehr vorsichtig ausgeführte Sondenuntersuchung, auf deren Technik ich noch späterhin zurückkomme. — Ist außerhalb des Darmes ein Ausgangspunkt oder eine Ursache für eine Fistel nicht festzustellen, so tut man immer gut, an einen Zusammenhang mit dem Darm zu denken und nach diesem zu suchen. Jedenfalls soll man sich niemals damit begnügen, einen Fistelgang bis an den Darm heran zu verfolgen, in der Annahme, daß es sich um eine inkomplette äußere Fistel handele. Man soll vielmehr, wenn die Sonde ihre Richtung nach dem Darm hin nimmt, stets nach einer in den Darm führenden Öffnung suchen (Berliner klin. Woch. Nr. 5.)

*

Die chirurgische Behandlung der chronischen Dysenterie (Colitis ulcerosa chronica). Von Dr. Steiner.

Angesichts der Heilung zweier besonders schwerer Fälle empfiehlt St. das von ihm geübte sehr einfache Verfahren unbedingt, welches sich im einzelnen folgendermaßen gestaltet:

1. Anlegung eines großen Anus praeternaturalis coecalis dicht und etwas nach unten von der Vulvula Bauhini.
2. Ausgiebige warme antiperistaltische Spülungen des gesamten Kolon (6—10 *l*).
3. Nach Klarspülung eine medikamentöse Spülung, und zwar verdünnte Jod- oder Protargollösungen.
4. Nach Heilung der Dickdarmgeschwüre: Funktionsprüfung für Kotpassage (Verstopfung des Anus coecalis mit Vaselinwattetampons).
5. Nach der auf diese Weise positiv festgestellten Vernarbung der Ulzerationen definitiver operativer Verschluß des Anus coecalis.

Schließlich möchte St. diese Methoden auch bei anderen schweren Dickdarmerkrankungen, bei welchen die interne Therapie versagt, empfehlen, besonders gegenüber der neuerdings in diesen Fällen vorgeschlagenen operativen Totalausschaltung des Kolons, vor welcher sie in jeder Beziehung den Vorzug verdient. (Berl. klin. Woch. Nr. 5.)

*

Narkosenbericht aus Prof. Israels Privatklinik 1895 bis 1907. Von Dr. Leo Caro.

Wie die Chirurgie im Verlaufe der letzten Jahre mancherlei Wandlungen in bezug auf Technik, Indikationsstellung, Diagnose usw. erfahren hat, so blieb auch die Narkose, als ein Bestandteil der allgemeinen Chirurgie, von Veränderungen nicht verschont. Mit der fortschreitenden Erkenntnis von der differenten Natur der beiden für die Narkose besonders in Betracht kommenden Substanzen, des Äthers und des Chloroforms, zeigt sich das Bestreben, die Gefährlichkeit derselben teils durch genaue Dosierung, teils durch Auswahl geeigneter und reiner Präparate, teils wieder durch Ersatz derselben durch andere Methoden, welche eine Amalgesie herbeizuführen imstande sind, zu paralysieren, bezw. auf das Mindestmaß zurückzuführen.

Chloroform in reinem Zustande, wie auch in Verbindung mit Sauerstoff, als Billrothsche Mischung, Äther, Skopolamin und Morphium, Lumbalanästhesie wurden angewendet, und auf diese Weise gelang es nach und nach, eine bestimmte Anwendung für jeweiligen Fall zu stellen.

Das Material der Klinik blieb ziemlich ein konstantes; es rekrutierte sich meist aus den Angehörigen besserer und reicherer Stände, und daher gehören z. B. Potatoren zu den großen Seltenheiten. Dagegen waren Neurasthenien, Debilitäten des Herzens, sei es infolge großer physischer Aufregung oder starker Blutverluste, Erschöpfungszustände, verschleppte Fälle, tägliche Erscheinungen, Zustände also, die ein peinliches Anpassen des jeweiligen Narkotikums bedingten. Bei hochgradigen Erregungszuständen infolge Angst vor der Operation, bei fliegendem Puls, beschleunigter Atmung usw. kann nichts so rasch eine Beruhigung herbeiführen, als ein paar Tropfen Chloroform. Je aufgeregter der Patient sich gibt, desto rascher erliegt er der einschläfernden Wirkung des Chloroforms, wenn man nur die Vorsicht übt, sich mit der Narkose gleichsam einzuschleichen und nicht durch brüskes Vorgehen die Qual des zu Narkotisierenden zu vermehren. Und gerade solche ängstliche Patienten überstehen nicht nur die Chloroformnarkose ohne jede Störung, sondern haben auch meistens fast gar nicht unter den Folgen der Narkose zu leiden.

Natürlich spricht auch die Geschicklichkeit, mit der das Chloroform appliziert wird, eine große Rolle. Je langsamer man den Patienten den Chloroformdünsten aussetzt, je vorsichtiger man die mit einigen Tropfen des Narkotikums angefeuchtete Maske dem Gesichte des Kranken nähert, also je vorsichtiger man sich in die Narkose „einschleicht", desto sicherer ist der Effekt, desto besser verläuft die Narkose und desto leichter ist die postnarkotische Periode. Es ist geradezu ein Kunstfehler, wenn man die Maske beim Chloroformieren sofort zu Beginn der Narkose dem Patienten auf das Gesicht legt und nunmehr, wenn auch tropfenweise, das Narkotikum aufzugießen beginnt. Unter der Maske, mag sie noch so leicht sein, sammeln sich Chloroformdämpfe an, es wird Glottiskrampf und reflektorisches Schlucken ausgelöst und schon nach kurzer Zeit beginnen die Patienten zu würgen und zu brechen, und daß das Würgen und Erbrechen keineswegs als etwas gleichgültiges anzusehen ist, ganz abgesehen von den, wenn auch selten, eintretenden Aspirations- oder Schluckpneumonien, wird wohl jeder wissen, der Gelegenheit hat öfters zu narkotisieren. Das Absperren der atmosphärischen Luft, d. h. reichlich zuströmender Luft, ist wohl auch die Ursache, weswegen bei den Sauerstoff-Chloroformnarkosen fast bei allen Patienten zu Beginn der Narkose Erbrechen eintritt, denn die Michaelische Maske ist trotz ihres gut funktionierenden Auslaßventils doch nicht imstande, die allzu große Ansammlung von Chloroformdämpfen zu verhindern. Aus diesem Grunde und noch anderen näher zu besprechenden Gründen hat die Sauerstoff-Chloroformnarkose sich bei uns nicht einzubürgern vermocht.

Eine neue Ära für die allgemeine Narkose schien anzubrechen, als wir uns im Jahre 1904 mit der von Schneiderlin inaugüierten Skopolamin-Morphium-Narkose bekannt machten. Mit einem Schlage glaubte man aller Unzulänglichkeiten, die der Inhalationsnarkose anhaften, ledig zu sein, denn gerade die ersten Fälle gelangen so vorzüglich, daß man füglich von einer idealen Narkose zu sprechen berechtigt war.

Wir hatten an unserer Klinik 134 Fälle nach dieser Methode behandelt, wovon 13 Fälle reiner Skopolamin-Morphium-Narkosen waren, während bei den übrigen 121 Fällen noch Chloroform oder Äther hinzugegeben werden mußte.

Bald aber zeigte es sich, daß auch die Skopolamin-Morphium-Narkose Gefahren in sich birgt und kaum geeignet ist, die Inhalations-Narkose zu verdrängen.

Wir erlebten neben zahlreichen (24 Fälle) Darmatoninien geringeren Grades, d. h. die sich auf 4 bis 5 Tage erstreckten, drei schwere Fälle von Darmlähmung mit nachhaltigem Meteorismus und vollständiger Okklusion, die erst nach langer Zeit und unter Anwendung der verschiedensten Mittel nach und nach zur Norm zurückkehrten. Da nun das Skopolamin-Morphium gerade bei älteren Leuten, deren Herzen ja meistens nicht mehr ganz intakt sind, am besten wirkt, während es bei jüngeren Personen häufig versagt so wurde die Skopolamin-Morphium-Narkose an der Klinik in letzter Zeit auf einige wenige ausgesuchte Fälle beschränkt.

Bedeutend weniger unangenehm in ihren Folgezuständen hat sich die Lumbalanästhesie gezeigt, die wir in 54 Fällen erprobt haben, und die wir zurzeit noch nach Maßgabe der Fälle fleißig anwenden. Der Umstand, daß es uns noch nie gelungen ist, eine Anästhesierung höher als bis zum Scrobiculus cordis zu erreichen bewirkt, daß alle Operationen oberhalb des Zwerchfelles von der Anwendung dieser Methode ausgeschlossen sind. Dagegen ist der Erfolg bei Operationen unterhalb des Nabels ein vorzüglicher gewesen. Unter den 54 Fällen sind im ganzen sechs als mißlungen zu betrachten, und zwar war es in drei Fällen infolge von Skoliosen nicht möglich, in den Rückenmarkskanal zu gelangen, während bei



den übrigen Fällen eine Anästhesie überhaupt nicht zu erzielen war. Es handelte sich hier um sehr aufgeregte Patienten, die durch das Hantieren unter ihren Augen in so hochgradige Erregung versetzt waren, daß es unmöglich war, sie ohne Chloroform zu operieren. Es mag auch die Schuld an den angewandten Mitteln gelegen haben, in zwei Fällen versagte das Stovain, in einem Falle das Novokain; seit wir das Tropokokain verwenden, ist ein Versagen nicht zu verzeichnen gewesen.

Aber auch bei der Lumbalanästhesie kommen eine Reihe von Folgezuständen vor, die die postoperative Zeit manchmal zu einer qualvollen gestalten. Vor allem ist das Erbrechen zu erwähnen, das in nahezu 30% die Patienten befällt, und das teils während der Operation, meist aber nach derselben sich geltend macht.

Schwere Störungen des Allgemeinbefindens, wie sie von anderen Autoren mitgeteilt wurden, haben wir an unserer Klinik nicht wahrgenommen. (Berliner klin. Wochenschrift 1908, Nr. 5.) (Schluß folgt.)

*

Über einfache Blutuntersuchungen in der ärztlichen Sprechstunde. Von Dr. C. S. Engel, Berlin. (Schluß.)

Dazu gebraucht man freilich ein Mikroskop mit mittlerer Vergrößerung. Unter normalen Verhältnissen zählt man in jedem kleinen Quadrate 12 bis 13 rote Blutkörperchen. Da diese 12·5 roten Blutkörperchen aus einem Raume von $^1/_{4000}$ *mm*³ zu Boden gefallen sind, befinden sich über dem ganzen Quadratmillimeter — mit der Höhe von $^1/_{10}$ *mm* — $12^1/_2$ mal 4000 rote Blutkörperchen. Das ist die Zahl der roten Blutkörperchen in 1 *mm*³ des verdünnten Blutes der Kapillarpipette. Da das Blut derselben eine hundertfache Verdünnung des zirkulierenden Blutes ist, erhält man die Zahl der Blutkörperchen in 1 *mm*³ des unverdünnten Körperblutes, wenn man die 12·5 roten Blutkörperchen des kleinen Feldes mit 400.000 multipliziert, das sind fünf Millionen. Hat man durchschnittlich in jedem Quadrate zum Beispiel nur 10 Blutkörperchen gezählt, dann hat der Kranke 10 mal 400·000 = 4 Millionen roter Blutzellen. Die Blutentnahme, Verdünnung und Zählung in der Kammer läßt sich bei einiger Übung ebenfalls in einigen Minuten bewerkstelligen.

Die Feststellung einer Leukozytose in der Sprechstunde hat weniger Wert, es kann deshalb auf die Zählung der weißen Blutkörperchen für diesen Fall verzichtet werden. Eine Leukämie kann im gefärbten Präparate gewöhnlich sicherer und einfacher als im Zählpräparate festgestellt werden.

Für Ärzte, welche über ein Mikroskop verfügen, ist die Frage, ob es sich in einem bestimmten Falle um eine erwartete Blutkrankheit handelt oder nicht, oft mit einem einzigen Blick ins Mikroskop beantwortet. Diese mikroskopische Schnelldiagnose ist dann angebracht, wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob eine Leukämie vorliegt oder nicht, und ob eine perniziöse Anämie besteht oder nicht. Im ersteren Falle findet man im frischen mikroskopischen Präparat das Gesichtsfeld von sehr zahlreichen weißen Blutkörperchen erfüllt, während man im letzteren Falle namentlich große rote Blutkörperchen neben sehr kleinen und unregelmäßig geformten findet. In den meisten Fällen ist jedoch auch bei diesen Krankheiten die — überaus einfache — Herstellung von gefärbten Präparaten erforderlich. Man tupft den Rand eines Objektträgers zweimal auf den Blutstropfen, setzt diesen Rand auf die Fläche eines anderen Objektträgers und zieht ruckweise den Rand über dasselbe her, wodurch man dicht nebeneinander liegende dickere und dünnere Blutschichten erhält. Nachdem das Präparat an der Luft getrocknet ist, werden zirka 5 Tropfen Eosin-Methylenblau von May-Grünwald herübergegossen, zwei Minuten mit einer Glasschale zugedeckt, stehen gelassen, dann ebensoviel Tropfen destillierten Wassers dazugegeben und nach neuerlichem Stehenlassen während fünf Minuten mit Wasser abgespült und getrocknet. In einem solchen Präparate sind alle normalen und pathologischen roten und weißen Blutkörperchen deutlich zu erkennen. Da die Präparate nicht verderben, auch wenn die Zeiten nicht genau innegehalten werden, kann man sich während der Färbung der Präparate mit anderen Untersuchungen des Kranken beschäftigen. Für die Beurteilung der Blutzellen braucht man sich hinsichtlich der roten Blutkörperchen nur zu merken, daß das normale oder wenig veränderte Blut nur eine Form roter Blutkörperchen, die kernlosen, runden, scheibenförmigen, besitzt. Alle kleinen und unregelmäßigen Blutkörperchen — vorausgesetzt, daß kein Kunstprodukt besteht —, alle roten Blutkörperchen mit Kern, alle roten Blutkörperchen mit blauen Pünktchen, sowie alle nicht rot, sondern blau-violett erscheinenden Blutzellen sprechen für Anämie, alle großen roten Blutkörperchen mit oder ohne Kern sprechen für schwere, meist perniziöse Anämie. Zur Beurteilung der weißen Blutkörperchen hat man sich einzuprägen, daß das normale Blut etwa auf 500 rote Blutkörperchen ein weißes zeigt, so daß in jedem Gesichtsfelde bei Vergrößerung mit Ölimmersion, wo man bei guter Blutverteilung 4—500 rote Blutkörperchen im Gesichtsfelde antrifft, im Durchschnitte ein weißes Blutkörperchen zu finden ist. Im Blute des Gesunden gibt es drei Leukozytenformen, zwei mehrkernige und eine einkernige. Die ersteren sind größer als ein rotes Blutkörperchen und haben gewöhnlich eine feine rote Körnung im Protoplasma, es sind die gewöhnlichen Eiterkörperchen, welche zirka $^3/_4$ aller Leukozyten des Blutes ausmachen, einige haben gröbere rote Körnung, es sind die eosinophilen Zellen, die im normalen Blute zu etwa 3% vorhanden sind. Die einkernige Form ist nicht gekörnt und gewöhnlich von der Größe der roten Blutkörperchen. Sie werden als Lymphozyten bezeichnet und bilden zirka $^1/_4$ aller weißen Blutkörperchen. Bei der Leukämie findet man im Gesichtsfelde statt ein bis zwei Leukozyten viele Dutzende bis Hunderte derselben. Außerdem sind bei der myelogenen Leukämie die gekörnten großen Leukozyten nicht mehrkernig, sondern meist einkernig. Mit Hilfe dieser wenigen, leicht einzuübenden Methoden kann man die wichtigsten Fragen über die Beschaffenheit des Blutes beantworten. (Zeitschrift für ärztliche Praxis Nr. 12, 1908.)

III. Literatur.

Aus Natur und Geisteswelt. Von Prof. B. Leick. **Krankenpflege.** Verlag von B. G. Teubner in Leipzig.

Leitfaden der Krankenpflege. Von Dr. Adolf Oberst. Mit 40 Abbild. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1908.

Die Leicksche Schrift ist populärer gehalten. Sie soll nicht nur den beruflichen Krankenpflegern, sondern auch denjenigen, die sich nur gelegentlich und vorübergehend mit der Pflege der Kranken befassen, verständlich sein. Sie verliert dadurch nichts an Wert für die Allgemeinheit, wenn man bedenkt, welche abenteuerlichen Vorstellungen über die Vorgänge in unserem Körper selbst bei gebildeten Laien herrschen. Die Oberst-Schrift ist wissenschaftlicher gehalten und als Lehrbuch mit besonderer Berücksichtigung des Bundesratserlasses über die staatliche Prüfung von Krankenpflegerpersonen gedacht und entworfen. Sie enthält daneben auch ein Verzeichnis von Fremdwörtern, welche in der Krankenpflege häufig vorkommen. Oberst teilt seine Schrift in folgende Kapitel: Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers, allgemeine Lehre von den Erkrankungen und ihren Erscheinungen, Krankenwartung, Krankenernährung, Krankenbeobachtung und Bericht an den Arzt, Hilfeleistung bei der Krankenuntersuchung und Wundbehandlung, und bei Unglücksfällen, Pflege bei ansteckenden Krankheiten, Zeichen des eingetretenen Todes, das allgemeine Verhalten gegen die Vorgesetzten und Beamten, die wichtigsten Grundsätze der Irrenpflege und Säuglingspflege. L.

Die Psychologie der Aufmerksamkeit. Von **Th. Ribot.** Aut. deutsche Ausgabe n. d. 9. Auflage. Von Dr. Dietze. Leipzig, Verlag von Eduard Maerter. Preis Mk. 2.50.

Der Autor setzte sich den Zweck, in den Mechanismus der Aufmerksamkeit einzudringen, ein Gegenstand, der bisher nirgends seiner Bedeutung entsprechend behandelt wurde. R. ging



dabei nach der Entwicklungslehre vor, indem er nachwies, daß die willkürliche Aufmerksamkeit bloß eine höhere, aus niederen Formen durch halbbewußte, halbunbewußte Vorgänge hervorgegangene Endform darstellt. Wir empfehlen diese Schrift allen Ärzten, die sich für psychologische Fragen interessieren, aufs wärmste. S.

Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung. Heft 28. **Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionsschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Bindesubstanzen.** Dargestellt von Dr. M. Fiebig, Langensalza. Verlag von Hermann Beyer & Söhne (Beyer & Mann) 1907. Preis 75 Pf.

Der Autor kommt in dieser originellen Untersuchung zu folgenden Schlüssen: Eine rationelle Prophylaxe der Rachitis als Volkskrankheit hat zu bestehen in 1. Alkoholenthaltsamkeit zum Schutze des Körpers vor Degeneration des Nerven-, Gefäß- und Bindegewebes, und damit zum Schutze der Keimzellen; 2. Verbot der Alkoholeinfuhr und Produktion bei rachitisfreien Völkern, besonders hinsichtlich der deutschen Kolonien; 3. Verhütung der Konzeption bei physisch erschöpften Frauen, wenn beim Vater, der Mutter oder den Großeltern in der Jugend Rachitis bestanden hat. S.

IV. Aus der Praxis.

Diagnostik. Moderne Methoden der Tuberkulosediagnose.

a) Physikalische Methoden.

Die Orthoperkussion leistet nicht mehr als die alte leise Perkussion (Sahli). Schallunterschiede aber zwischen beiden Köpfen des Sternocleido-Mastoideus festzustellen, dürfte praktisch unsicher sein. Die Röntgenmethode kommt praktisch als Durchleuchtung und als Photographie in Betracht. Die Unterschiede in der Spitzenhelligkeit sowie das Zurückbleiben der einen Zwerchfellkuppe haben keine entscheidende Bedeutung. Ebenso sind die Hilusveränderungen und Veränderungen der Bronchialzeichnung nicht eindeutig. Erstens sagt die Röntgenuntersuchung nichts darüber aus, ob die Herde, die man eventuell findet, aktiv oder abgeheilt sind. Vor allem aber sind die Befunde schwer zu deuten, da nicht genügende Kontrollen durch Vergleiche mit dem autoptischen Befunde vorliegen.

b) Mikroskopische Methoden.

Das bei mehrfacher Untersuchung festgestellte Fehlen eosinophiler Zellen im Sputum ist für Tuberkulose höchst verdächtig. Über die Wertung des Befundes von Lymphozyten im Sputum (Wolff) sind die Akten noch nicht geschlossen.

c) Bakteriologische Methoden.

Der Tierversuch ist wichtiger geworden, seit man ihn in zweifelhaften Fällen öfters anwendet (Grober), und seitdem man bereits in der dritten Woche zu einem sicheren Resultat gelangen kann (Bloch). Es ist in der letzten Zeit eine große Zahl serologischer Methoden angegeben worden (wenn ich von dem mikroskopischen Nachweis der Bazillen [Inoskopie], soweit darin Verfeinerungen etwa eingetreten sind, absehe). Die Tuberkulinmethode ist nur im Krankenhause anwendbar, auch können die wiederholten Einspritzungen zumal in Ansehung der modernen Überempfindlichkeitslehre Täuschungen veranlassen. Die Agglutinationsmethode dürfte vielleicht mit den feiner emulgierten Aufschwemmungen abgetöteter Bazillen, namentlich bei Verwendung leicht zentrifugierter Emulsionen in Zukunft wieder mehr Beachtung verdienen. Von der Opsoninmethode, der meiner Meinung nach zu viele Fehler anhaften, obschon die Methode gar nicht so kompliziert ist, wie man sie gewöhnlich darstellt, ist vielleicht mehr zu erwarten, wenn man die Pipetten nach Wright oder stärkere Kapillaren in einem Schüttelapparat bei 37° die nötige Zeit schüttelt. Die Komplementablenkungsmethode setzt das Vorhandensein von Antituberkulin voraus, eines Körpers, der nach den Untersuchungen von Morgenrot und L. Rabinowitsch nicht existiert. Die Allergiemethoden haben in der jüngsten Zeit breiten Raum eingenommen (Kutanreaktion, Konjunktivalreaktion, perkutane Methode, Stichreaktion). Ob die Pirquetsche Reaktion brauchbar ist, wird die Zukunft lehren müssen. Sicher ist es, daß die Reaktion nicht bei allen Tuberkulösen eintritt. Die Konjunktivalreaktion halte ich für bedenklich, weil sie in manchen Fällen, ohne daß man das voraus wissen kann, chronische Konjunktivitis hervorrufen kann, weil zudem die einmalige Instillation in $^3/_4$ der Fälle lokale Überempfindlichkeit hervorruft. Wenn man übrigens beide Methoden an dem gleichen Kranken vergleicht, geben sie nicht immer gleiche Resultate, was man doch verlangen muß, wenn beide richtig sein sollen. Endlich hat sich mir bei der Augenreaktion gezeigt, daß die Methode bei Tuberkulosen auch des ersten und zweiten Stadiums versagen kann und daß sie bei Nichttuberkulösen (autoptische Kontrolle) öfters auftritt. Davon aber ganz abgesehen, geben die allergischen Methoden so viele positive Befunde überhaupt, daß sie praktisch auch deshalb unbrauchbar sind. Somit versagen die neuen Serummethoden teils völlig, teils sind sie noch ganz unreif für eine praktisch diagnostische Anwendung. Übrigens werden im allgemeinen bei der Diagnostik zwei Punkte nicht genügend gewürdigt: Einmal, daß in manchen Fällen mit der Möglichkeit der Rinderbazilleninfektion zu rechnen ist, dann aber auch, daß wahrscheinlich die verschiedenen Tuberkelbazillenstämme auch individuell variieren, und daß daraus der serologischen Diagnose besondere Schwierigkeiten erwachsen können. (Klineberger: D. m. W. Nr. 24, 1908.)

Colchicin beim akuten Gichtanfall anzuwenden, empfiehlt Becker in Salzschlirf. Prophylaktisch gibt er Gichtikern, welche den nahenden Anfall schon stunden- oder tagelang vorausspüren, dreimal täglich eine Colchicinpile zu 0·01 *g*. Bei ausgebrochenem Gichtanfalle wird viertelstündlich eine Pille genommen, 4 Stück nacheinander; wenn auf 4 Pillen (innerhalb einer Stunde) der Schmerz nicht gänzlich beseitigt ist, wird noch fünfstündlich eine Pille genommen, so daß im ungünstigsten Falle 9 Pillen innerhalb 24 Stunden verbraucht werden. Verf. hat sich in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen überzeugt, daß das Colchicin den drohenden Anfall überhaupt verhindert oder denselben im Beginne noch unterdrückt. Ist der Gichtanfall schon ausgebrochen, so kürzt Colchicin die Dauer des Anfalles wesentlich ab und mildert die Heftigkeit desselben. Damit das Mittel möglichst frühzeitig zur Anwendung kommen kann, sollen die Kranken dasselbe stets vorrätig halten. Man verschreibe nie mehr als 15 Pillen, deren Gehalt die Maximalgabe von 0·015 *g* täglich nicht überschreitet, und kläre die Gichtkranken über den Gebrauch der Pillen und deren Gefährlichkeit gründlich auf. Bei Herzkranken, in hohem Alter und bei größeren Schwächezuständen ist bei der Verordnung von Colchicin Vorsicht geboten. Neben dem Colchicin wendet Becker kalte Kompressen mit essigsaurer Tonerdelösung oder Bleiwasser an. Eine länger dauernde Ruhigstellung der entzündeten Gliedmaßen in festen Verbänden hält er direkt für gefährlich, da leicht eine Versteifung der Gelenke eintreten kann.

Der Nutzen des Kaliumpermanganats bei der Morphinvergiftung. Mayor spricht dem Kaliumpermanganat bei der Morphinvergiftung nur dann eine Wirkung zu, wenn es in nicht reizender Lösung (0·2%iger) innerlich gegeben wird, und auch nur in Fällen, in denen das Morphin durch den Mund genommen worden ist. Infolge seiner oxydierenden Fähigkeit wandelt es das noch im Verdauungskanal angetroffene Morphin in Oxydimorphin um. Bei Einspritzung des Kaliumpermanganats unter die Haut findet die Oxydation nur am Orte der Einspritzung statt und das Permanganat verwandelt sich sofort in ein neutrales Salz, das nicht mehr wirksam ist. Mayor ist der Meinung, daß, wenn durch Kaliumpermanganateinspritzung Erfolge erzielt worden sind, diese nur auf Rechnung der mechanischen schmerzhaften Reizung zu setzen sind, da alle energischen Reize des Nervensystems beim Morphin antagonistisch wirken. (Vergl. auch frühere Referate in Pharm. Zentralh.)

Übergang von Arzneistoffen in die Frauenmilch. Von 40 verschiedenen Arzneistoffen, die an stillende Frauen verabfolgt wurden, konnten nur fünf mit Sicherheit in der Milch nachgewiesen werden, und zwar Aspirin, Jod, Kalomel, Arsen



und Brom. Abführmittel, mit Ausnahme von Kalomel, gehen nicht in die Milch über: nach Einnahme von neutralen Sulfaten tritt keine Vermehrung von Schwefelsäure (SO_3) in der Milch ein. Verschiedene Autoren haben nachgewiesen, daß außer den oben erwähnten Arzneistoffen auch Salizylsäure, Äther, Quecksilber und Antipyrin in die Milch übergehen.

V. Notizen.

Wien. Erlaß des k. k. Ministeriums des Innern vom 19. August 1908, Z. 30.295, an die k. k. Statthaltereien in Wien, Brünn und Lemberg und an die k. k. Landesregierungen in Troppau und Czernowitz, betreffend sanitäre Vorkehrungen aus Anlaß des Ausbruches der Cholera in Rußland. Zufolge in den letzten Tagen eingelangten amtlichen Nachrichten ist die Cholera neuerdings in mehreren Gouvernements Rußlands, speziell im Wolgagebiete zum Ausbruche gekommen und sind bereits die Städte Astrachan und Zaryzin als choleraverseucht, die Gouvernements Astrachan und Saratow, sowie Teile der Gouvernements Samara, Simbirsk, Tambow, des Wolgagebietes und das Donsche Territorium als cholerabedroht erklärt worden. Die k. k. . . . . . . wird hievon unter Hinweis auf den h. o. Frlaß vom 15. August 1907, Z. 28.473, in Kenntnis gesetzt und eingeladen, die anläßlich der vorjährigen Choleraepidemie in Rußland gegebenen Weisungen sofort und genauestens zur neuerlichen Richtschnur zu nehmen und ohne in den zu treffenden Vorkehrungen im gegenwärtigen Zeitpunkte über die in diesem Erlasse enthaltenen Vorschriften hinauszugehen, dennoch alles vorzubereiten, um für die etwaige später notwendige Abwehr der Seuche gerüstet zu sein. Der Gang der Choleraepidemie in Rußland ist fortdauernd zu beobachten; über das im Gegenstand Verfügte wird einem Berichte entgegengesehen.

Professor Dr. Anton Steyrer. Oberarzt Dr. Anton Steyrer, Assistent an der zweiten medizinischen Klinik der königlichen Charité, ist zum Professor ernannt worden. Die Ernennung, durch welche die wissenschaftlichen Verdienste Dr. Steyrers eine offizielle Anerkennung erhalten, ist seit längerer Zeit vom preußischen Kultusministerium beschlossen und wird erst jetzt bekannt gemacht, nachdem sie alle amtlichen Instanzen durchlaufen hat. Der neue Professor aus Murau in Steiermark, hat in Wien studiert und hier sowohl das medizinische wie das philosophische Doktorat erworben und steht gegenwärtig im 35. Lebensjahre. Er war in Straßburg Assistent des Professors Naunyn und dann in Graz Assistent des Professors Kraus. Als Geheimrat Kraus die Berliner medizinische Universitätsklinik übernahm, kam auch Dr. Steyrer nach Berlin, ist auch hier als Assistent des Professors Kraus tätig und leitet außerdem ein Institut für Herzkrankheiten. Ein anderes Hauptgebiet seiner wissenschaftlichen Tätigkeit sind die Stoffwechsel- und Nierenkrankheiten.

Beherzigenswerte Winke für die in die Praxis tretenden jungen Ärzte gibt ein offener Brief, der in der „Medical Notes and Queries“ erschienen ist und manche für Amerika charakteristische Verhältnisse beleuchtet: „Bedenke, daß das Publikum sehr wohl unterrichtet ist über alle Mißbräuche, die sich unter den Ärzten eingeschlichen haben. Die Leute lesen über alle möglichen neuen Therapien und du mußt darüber Bescheid wissen. In der Stadt wächst das Einkommen mit der Zeit höher als auf dem Lande, aber in den ersten fünf Jahren verdienst du in der Stadt nicht mehr als auf dem Lande im ersten Jahre. Wenn möglich werde Spitalassistent und gehe auf ein Jahr ins Ausland. Bleibe dort nicht zu lange, sonst nimmst du manche Gewohnheit an, die du schwer wieder los wirst. Werde Mitglied ärztlicher Gesellschaften. Halte mindestens zwei amerikanische Fachzeitschriften und eine ausländische. Folge dem guten alt-englischen Brauche, sich den neuen Kollegen vorzustellen; wenn sie dich auch mit formeller Würde empfangen, so werden doch nur wenige unhöflich sein. Halte dir täglich eine Stunde für Fachstudium und eine Stunde für allgemeine Lektüre frei. Kaufe jedes Jahr mindestens sechs neue Bücher. Nimm dich von Anfang an vor den Zumutungen künstlichen Abortes in Acht. Nimm später wieder einen Kurs für ärztliche Fortbildung. Automobil ist teurer als Pferd, und Ausgaben vermindern ist leichter als Einkommen vermehren. Die Ärzte vermehren sich und die Epidemien nehmen ab. Bedenke, daß die im Mittelstande verborgene Armut schwerer drückt, als die vom Proletariate zur Schau getragene.“

(„Koresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte“, 1908, 10.

Programm für die VII. Internationale Tuberkulose-Konferenz in Philadelphia, 23. bis 26. September 1908. Sitzungslokal: Horticultural Hall, Broad Street (zwischen Spruce und Locust Street). Mittwoch, den 23. September, 8 Uhr abends: Öffentlicher Vortrag von Prof. Dr. Pannwitz, Berlin: „Soziales Leben und Tuberkulose“. Donnerstag, den 24. September, 10 Uhr vorm.: Besuch der Universität von Pennsylvania. 12·30 Uhr nachm.: Frühstück daselbst. 2 Uhr nachm.: Sitzung des Engeren Rats. 3·30 Uhr nachm.: Erste (Eröffnungs-) Sitzung des großen Rats. 1. Bericht des Generalsekretärs. 2. Statutenänderung. 3. Ernennung von Ehren- und korrespondierenden Mitgliedern und Neuwahl der Verwaltungskommission. 8 Uhr abends: Öffentlicher Vortrag von Theodor Williams, London: Die Entwicklung der Behandlung der Lungentuberkulose“. 8·45 Uhr abends: Empfang im Henry Phipps Institut. Freitag, den 25. September, 10 Uhr vormittags: Zweite Sitzung des großen Rats. 1. Fürsorge für die vorgeschrittenen Fälle von Tuberkulose. Walsh, Philadelphia; v. Leube, Würzburg. 2. Schutzmaßregeln gegen Infektion mit Tuberkulose. Flick, Philadelphia; Raw, Liverpool. 3. Hygienische Anforderungen für Heilstätten. Pannwitz, Berlin, Lawrason Brown, New York. 4. Tuberkulose und Recht. S. G. Dixon, Pennsylvania. 5. Tuberkulose und Verkehr. Baradat, Cannes. 8 Uhr abends: Empfang seitens der Stadt Philadelphia. Sonnabend, den 26. September, 10 Uhr vorm.: Dritte Sitzung des Großen Rats. 1. Antituberkulöse Erziehung. Heron, London; Calmette, Lille; Kirchner, Berlin. 2. Das Rote Kreuz im Kampfe gegen die Tuberkulose. Pannwitz, Berlin; Miß Boardman, Washington. 3. Die Gefahr der tuberkulösen Infektion durch Milch und die Maßnahmen zum Schutze dagegen. Heymans, Gent. 4. Sonstige Vorträge. 2 Uhr nachm.: Vierte (Schluß-) Sitzung des Großen Rats. Berichte über die Fortschritte der Tuberkulosebekämpfung in den einzelnen Ländern. 4·30 Uhr nachm.: Besichtigung des „Josephine Widener-Andenkens“. 6 Uhr nachm.: Essen daselbst. 8 Uhr abends: Öffentlicher Vortrag von Prof. Dr. Calmette, Lille: „Die neuen Methoden der Frühdiagnose der Tuberkulose.“

VI. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle in Hillersdorf (Schlesien) für 7 Gemeinden mit zirka 5000 Einwohnern deutscher Nationalität. Landessubvention 1200 K, Gemeindebeiträge 600 K, von der Bezirkskrankenkasse zirka 500—600 K, ferner im Falle der Übernahme der Leitung der Stefanitsschen Kaltwasserheilanstalt freie Wohnung (3 Zimmer mit Küche). Über die Dienstesverpflichtungen erteilt auf Anfragen die Gemeindevorstehung in Hillersdorf Auskunft, bei welcher Gesuche bis 30. September d. J. einzubringen sind.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 40. Wien, 3. Oktober 1908. **Nr. 40.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Neue Wege der Ernährungstherapie.

Von **Dr. S. Löbl**, Wien.

Ein zukünftiger Geschichtsschreiber der Medizin wird die gegenwärtige Epoche mit Recht als die Ära der Therapie bezeichnen dürfen und vielleicht auch darüber erstaunen, daß dieser mächtige Aufschwung aller therapeutischen Bestrebungen durch einen relativ kurzen Zeitraum von einer Periode getrennt ist, in der auf dem Gebiete der Therapie Skeptizismus, selbst Nihilismus herrschte. In der Entwicklung der Medizin ist jedoch, wenigstens in den letzten Phasen, ein jäher Umschwung der Anschauungen und Auffassungen wiederholt zu verzeichnen gewesen, wenn auch die großen Wahrheiten fast stets einen langen, mühevollen Weg zurücklegen, bis sie Gemeingut der Wissenschaften wurden.

Der therapeutische Nihilismus und Skeptizismus, welcher die Medizin um die Mitte des 19. Jahrhunderts charakterisierte, findet darin seine Erklärung, daß die besten Geister ihre Kräfte einerseits der endgültigen Ausrottung der naturphilosophischen Spekulation, welche in den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts ihre üppigsten Blüten getrieben hatte, andererseits dem Ausbau der auf exakte Grundlagen gestellten klinischen Medizin widmen mußten, so daß für therapeutische Bestrebungen in dieser kampfreichen Zeit wenig Raum vorhanden war. Die schweren und ausgedehnten Zerstörungen, welche der pathologische Anatom bei den Leichenöffnungen feststellen konnte, schienen nur zu deutlich die Ohnmacht der ärztlichen Kunst zu manifestieren, während wieder die nüchterne, unbefangene klinische Beobachtung zeigte, daß in vielen Fällen Krankheitsprozesse ohne jedes ärztliche Eingreifen zur Heilung gelangten. Es war daher nicht zu verwundern, daß sich gerade bei den führenden Geistern dieser Zeit die Anschauung entwickelte, daß die ärztlichen Heilbestrebungen bei einer großen Zahl von Fällen völlig machtlos und wieder in einer Anzahl von Fällen völlig überflüssig seien.

Die große Umwälzung der Pharmakotherapie war erst dann möglich, als durch die Fortschritte der Chemie die Reindarstellung der wirksamen Substanzen aus den Naturkörpern, vor allem den Pflanzen, ermöglicht wurde, und andererseits mit den experimentellen Hilfsmitteln der Physiologie die Wirksamkeit der Arzneistoffe im tierischen Organismus in exakter Weise studiert werden konnten. Die Chemie gab die Mittel, um die Pharmakotherapie von komplizierten Arzneiformen, die experimentelle Untersuchung die Mittel, um sie von einem Wulst wertloser Arzneistoffe zu befreien, (Max Kahane).

Diese Ausführungen passen ganz auf das Mittel, Visvit, mit dessen Untersuchung und Wirkung wir uns beschäftigen wollen. Im chemischen Institute (Dr. Horowitz, Berlin) ersonnen, aus Eiern, Milch, Hämoglobinalbumen und Zeralien nach einem besonderen Verfahren gewonnen, im pharmakologischen Institute der Universität Innsbruck von Professor Nevinny in Stoffwechselversuchen an Hunden erprobt, hat es dann seinen Weg in die Krankenzimmer angetreten.

Visvit stellt ein graugelbes, feines, geruchloses Pulver vor, mit schwachem, recht angenehmem Geschmacke. Wie Prof. Nevinny sagt, ist die Zusammensetzung dieses animalo-vegetabilischen Nährpräparates bemerkenswert durch seinen hohen Stickstoffgehalt, das Lezithin, die aufgeschlossenen, teilweise dextrinisierten, teilweise löslichen Kohlehydrate und den Mangel an Extraktivstoffen.

Ich glaube, es hieße Eulen nach Athen tragen, wenn ich die Wichtigkeit und den Wert der einzelnen Bestandteile als solche auseinandersetzen wollte; ihre Notwendigkeit für die Ernährung ist zu anerkannt, so daß sich eine nähere Auseinandersetzung erübrigt. Vielmehr stellte ich mir die Aufgabe, zu untersuchen, ob und in welchem Grade das Visvit die Prüfung vor der neueren Schule der Ernährungstheoretiker, wie sie namentlich v. Noorden und seine Schüler repräsentieren, besteht.

Vor allem fällt der hohe Eiweißgehalt des Visvits auf. 80·14% Stickstoffsubstanzen, hievon Hämoglobineiweiß 1·85%. Es ist nämlich neuerdings Mode geworden, zu betonen, daß die Menschen nicht soviel Eiweiß brauchen, wie sie gewöhnlich nehmen. Dem gegenüber betont v. Noorden, daß nach seiner Erfahrung eine weitgehende und plötzliche Einschränkung der Eiweißzufuhr bedenklich ist. Wir sind eben, im Gegensatze zu den asiatischen Volksstämmen, ein Volk, das an reichliche Eiweißkost gewöhnt ist. Man sollte bei der Verordnung eiweißarmer Kost etwas mehr Vorsicht, als es gewöhnlich geschieht, üben und nicht einer Hypothese zu Liebe tiefschneidende Verordnungen so verallgemeinern, wie dies öfter geschieht.

Besonders glücklich aber erweist sich ferner die Kombination des Eiweißes mit Kohlehydraten, wie sie Visvit darstellt; es enthält nämlich 15·26% Kohlehydrate neben dem Eiweiß. Man kann nämlich durch gleichzeitige Zuführung von Eiweiß und Kohlehydraten erzielen, daß eine gewisse Menge von Eiweiß aus der Zersetzung aus-



scheidet, und dadurch eine Aufspeicherung des Eiweißes im Organismus hervorrufen. Dadurch sind die theoretischen Voraussetzungen der Verwendung des Visvits zur Körpermast gegeben.

Doch noch weiter. Wilhelm Falta, ein Schüler Noordens, hat nachgewiesen, daß bei der Einführung einer größeren Menge von Eiweiß auf einmal eine so explosionsartige Zersetzung des Eiweißes stattfindet, daß die Kohlehydrate nicht gleich ersparend auf das Eiweiß einwirken können.

Hier setzt nun die fraktionierte, teelöffelweise Darreichnngsart des Visvit ein. v. Noorden betont daher, daß man regelmäßig findet, daß bei fraktionierter Eiweißzufuhr die Menge des Eiweißzuwachses im Körper größer ist als bei einmaliger Darreichung des ganzen Tagesquantums. Ich lasse daher das Visvit stets in wenigstens fünf bis sechs Portionen zum Frühstück, Gabelfrühstück, Mittagmahl, nachmittags und Nachtmahl nehmen, und zwar trocken oder mit kaltem Wasser angerührt und mit warmer Milch, Tee, Kakao, Suppe oder Kaffee vermischt.

Ich weise ferner darauf hin, daß ein Teil der Kohlehydrate das Visvit in Dextrine umgewandelt ist.

Ergänzend füge ich die Theorien Wilhelm Schlesingers, Wien, hinzu. Auch Schlesinger legt großes Gewicht auf eine genügende Eiweißzufuhr. Gewöhnlich wird die Arbeit auf Kosten von N. freien Verbindungen geleistet. Unter bestimmten Verhältnissen können auch die Eiweißkörper für Arbeitsleistungen bedeutungsvoll werden. Bei einer größeren Beobachtungsreihe von Diabetikern ergab sich, daß diejenigen unter ihnen, die Arbeit leisteten, mehr Eiweiß in der Nahrung beanspruchten als die Nichtarbeitenden, sofern sie ihr Körpergewicht erhalten sollten. Schlesinger kommt daher zum Schlusse, daß bei geringer oder fehlender Kohlehydratzufuhr in der Nahrung zur Arbeitsleistung in erster Linie Eiweißkörper, dann erst das weniger angreifbare Fett herangezogen wird. Daraus folge, daß auch allgemein Eiweißkörper für die Arbeitsleistung eine größere Rolle spielen.

Es ist leicht ersichtlich, daß auch nach den Theorien Schlesingers die glückliche Kombination des Visvit — starker Gehalt an N-haltigen Körpern, mittlerer an Kohlehydraten und kleiner Gehalt an Fett — sehr wirksam den Ansatz von Nährstoffen im Organismus fördert.

Hiezu kommt der Gehalt des Visvit an Hämoglobineisen und Lezithinphosphor, die wir als wichtige Energiequellen des Organismus kennen. Die Indikationen für die Anwendung des Visvit, wie sie schon Nevinny aufstellte, sind demnach: Schwächezustände verschiedenen Ursprunges, Anämie, Chlorose, Rhachitis, Neurasthenie, Hysterie, ferner vorzeitiger Verfall der Körperkräfte nach fieberhaften Erkrankungen und bei nervösen und katarrhalischen Magen- und Darmstörungen, endlich Brechdurchfälle bei Kindern und Erwachsenen. Wegen der Abwesenheit von Extraktivstoffen kann das Visvit auch Gichtkranken, Diabetikern (s. o.) und bei Nierenaffektionen gegeben werden.

Ich habe durch ein Jahr eine große Anzahl von Patienten mit Visvit behandelt und hebe aus meinen Beobachtungen folgende instruktive Fälle hervor:

1. Frau Majorin A. v. R., 28 Jahre alt, litt durch Wochen hindurch an Anfällen von Hämoptoe und bekam dazu ein pleuritisches Exsudat; sie verlor infolge der langanhaltenden Erkrankung gänzlich den Appetit, trotz aller angeordneten, den Appetit anregenden Mitteln, und kam infolgedessen körperlich stark herunter. Endlich verschrieb ich ihr Visvit. Schon nach wenigen Tagen sagte sie spontan, daß ihr Appetit besser sei, sie habe auf einmal Eßlust bekommen; nach weiteren vier Wochen besserte sich ihr Allgemeinbefinden wesentlich, ihr Gewicht nahm zu; auffallend war die günstige Wirkung auf den Appetit und der regulierende Einfluß auf die Verdauungstätigkeit und den Darmtraktus.

2. Frau I. W., 67 Jahre alt, ist infolge einer Bronchialneuralgie und eines Asthma cardiale schon seit langer Zeit ans Bett gefesselt. Infolge der Schmerzen und des Mangels an Bewegung verlor sie den Appetit und wurde immer hinfälliger, so daß ihre Umgebung sehr besorgt wurde. Ich verordnete ihr Visvit, und nach wenigen Tagen hob sich der Kräftezustand und der Appetit wesentlich. Nach weiteren drei Wochen war ihr Allgemeinzustand so befriedigend, daß ich die Behandlung aussetzen konnte.

3. F. L., ein 10jähriger Knabe, Schüler der 4. Volksschulklasse, litt durch vier Monate an Pertussis; er kam dadurch stark herunter. Als im Anfang des Schuljahres noch eine Bronchitis hinzukam, war der Kräftezustand des auch sonst anämischen und nervösen Kindes sehr schlecht; ich verordnete daher Visvit. Bald konnte ich konstatieren, daß sein Körpergewicht zunahm, und nach einmonatlicher Behandlung mit Visvit konnte ich ihn geheilt entlassen.

4. Fräulein G. L., 20 Jahre alt, sehr anämisch, erlitt einen Influenzaanfall und fieberte; an die Influenza schloß sich eine hartnäckige Bronchitis an und eine vollständige Appetitlosigkeit. Ich gab ihr Visvit, mit dem die Patientin sehr zufrieden war; denn sie merkte bald bei der Wägung eine merkliche Zunahme des Gewichtes.

5. G. H., ein blasser, anämischer Knabe, 7 Jahre alt, der durch einige Tage die erste Volksschulklasse besuchte, bekam eine mit Fieber einhergehende Bronchitis, die ihn zur Bettruhe zwang. Kaum, daß er genesen war, bekam er Pertussis, und als er nach drei Monaten wieder in die Schule ging, holte er sich Masern, an die sich eine Pneumonie anschloß. Infolge dieser aufeinanderfolgenden Krankheiten ist der Kräftezustand des Knaben begreiflicherweise ein äußerst deprimierender. Ich versuchte verschiedene Mittel ohne Erfolg; dann gab ich ihm Visvit, das ihm sehr gut schmeckte und bald auch zur Herstellung seiner Gesundheit verhalf.

6. Fräulein L. M., ein 19jähriges Mädchen, litt an nervösen Anfällen auf anämischer Grundlage und an Schwächezuständen des Magens. Sie kam sehr herunter, bis ich ihr Visvit gab. Die Pat. teilte mir freudestrahlend mit, daß die Anfälle seitdem nicht aufgetreten sind, das Körpergewicht sich vermehre und der Appetit nichts zu wünschen übrig läßt.

Auf Grund meiner einjährigen Beobachtung, aus der die vorstehenden Krankengeschichten einen Auszug bilden, kann ich den Kollegen das Visvit als ein bewährtes Roborans empfehlen, das sich sowohl als Kräftigungmittel nach schweren Krankheiten im allgemeinen, als auch zu Mastzwecken im besonderen sehr eignet und auf dessen appetitfördernde Komponente als Neubeobachtung ich besonders aufmerksam mache.

Aphorismen zur Therapie der Bleichsucht.

Von **Sanitätsrat Dr. Beerwald,** Bad Altheide und Berlin.

(Schluß.)

Eine gleichzeitige Änderung der Blutzusammensetzung erfolgte nicht, es trat keine Anreicherung des Blutes mit Eisen ein, so daß also der Erfolg aus der Trinkkur zunächst nicht auf Eisenassimilation zurückgeführt werden konnte. Indessen wird man gut tun, trotz dieser nachgewiesenen neuen Beobachtungen in der internen Anwendung der kohlensäurehaltigen Eisenquellen vorsichtig zu sein, da die Verdauungsorgane äußerst diffizil sind und es doch sehr geschadet wäre, wenn das Trinken vielleicht den Appetit verringern würde. Aus diesem Grunde ist auch direkt zu fordern, daß die Bleichsüchtigen beim Badeaufenthalt unter strenger täglicher ärztlicher Kontrolle stehen, damit ihre Diätetik täglich entsprechend den individuellen Verhältnissen geregelt werden kann, da ja schließlich alle Anregungen aus Berg und Wald und Kohlensäurequellen nichts nützen, wenn nicht bei der Ernährung dem Körper auch die richtigen für ihn wertvollen Stoffe zugeführt werden. Es müßte sogar dem Arzte ein Einfluß auf die Hotelküchen des Ortes zustehen, sowie er auch im Interesse seiner Patientinnen stets dafür sorgen sollte, daß sie in dem fremden Orte geeignete Betten haben. Wenn wir vorher schon hervorhoben, daß bleichsüchtige Personen vor Wärmeverlusten zu hüten sind, so gilt das nicht in letzter Linie für den Kurort, wo häufig die Betten unter dem Laken



einen mangelhaften Wärmeschutz haben, so daß in der Nacht unbewußt große Verluste an Körperwärme die Schläferinnen treffen. Der unruhige Schlaf, über den solche Patientinnen nach dem Erwachen klagen, beruht nicht selten auf dem das subjektive Empfinden im Schlafe störenden Kältegefühl vom Boden her, und es kann durch einen derartigen Fehler der am Tage erreichte gesundheitliche Vorteil so sehr vermindert werden, daß das schließliche Resultat des Kuraufenthaltes nicht befriedigt. Darum soll der Arzt selbst auf solche bisher als Nebensache betrachteten Dinge seine Aufmerksamkeit richten, nichts, was das Leben seiner Patientin im Bade betrifft, darf ihm gleichgültig sein, auch ihre körperlichen Leistungen, ihre Touren und Spaziergänge, ihre etwaigen täglichen gymnastischen Übungen, bei schwereren, zur Körperruhe gezwungenen Fällen die tägliche Massage, um die Zirkulation anzuregen, alles muß unter seiner sorgfältigen Kontrolle stehen. Diese Mühe wird sich sowohl für ihn als auch für die ihm Anvertrauten reichlich lohnen.

Es erübrigt sich noch, mit einigen Worten der medikamentösen Therapie zu gedenken. Daß das Eisen hiebei stets eine erste Rolle gespielt hat, ist nur zu erklärlich, da man ja in dem Eisenmangel des Blutes resp. des Hämoglobins die eigentliche Ursache der Krankheit sah und noch heute vielfach sieht. Erst der neuesten Zeit war es vorbehalten, die dominierende Stellung des Eisens zu erschüttern. Denn die sorgfältigen Untersuchungen, die man anstellte, ergaben wiederholt, daß bei Eisenmedikationen der Kot ziemlich die gleiche Menge Eisen aufwies, wie im Medikament genommen war, während der Harn keine analogen Stoffwechselprodukte brachte. Ob allerdings die nachgewiesene Eisenmenge dem frisch genommenen Medikament entstammte, ist fraglich. Es ist immerhin möglich, daß das Eisen resorbiert wird und sich in Milz und Leber ablagert. Weiter indessen kommt es nicht in den Körper und seine Assimilation an das Hämoglobinmolekül gelingt nicht. Für den Endeffekt ist es nun aber ganz gleichgültig, ob das Eisen bis zur Leber vordringt, oder ob es sofort von dem Dünndarm in den Dickdarm übertritt, da doch die Anreicherung des Blutes mit ihm das Ziel dieser Behandlungsart ist. Wenn unsere Verdauungsorgane in der Lage wären, das Eisen in dem Körper bis zu der gewünschten Stelle hinzuführen, würde ja allein aus der Nahrung das reichlich geschehen können, weil der tägliche Verlust von 5 *cg* überreichlich durch die genossenen Vegetabilen gedeckt wird. Es besteht also wohl überhaupt eine Unfähigkeit des Organismus für Eisenassimilation und es fragt sich daher sehr, ob bei einem solchen Zustande das Eisenmedikament angebracht ist. Dieses ungünstige Resultat hängt auch nicht von der Art des Eisenpräparates ab.

Wenn von Bunge glaubte, daß das organische Eisen, und vor allem das mit Nukleoalbuminen verbundene, sich besser als das anorganische zur Assimilierung eigne, so ist für diese Annahme bisher kein wirklich überzeugender Beweis gebracht worden, sondern man hat im Gegenteil mehr und mehr erkannt, daß es sogar gleichgültig ist, ob organisch oder anorganisch. Trotzdem möchte ich bei den vielen dunklen Stellen, die die Forschung bisher in dem Wesen der Chlorose und ihrer Genese nicht zu erhellen vermocht hat, nicht als ein prinzipieller Gegner des Eisens auftreten, und vor allem dort, wo die Patientinnen nach einem Medikament verlangen, wird man ihm eine gewisse Suggestionswirkung nicht absprechen können. Freilich dürfen die Eisengaben keinen Schaden bringen, vor allem ist streng darauf zu achten, daß sie nicht den Appetit vermindern oder eine Beschwerde für die Verdauungsorgane sind und man sollte auch stets der adstringierenden Wirkung des Eisens sich erinnern.

Vielleicht ist die beste Gabe dieses Mittels diejenige in der Form des natürlichen Eisenwassers, welches daneben Arsen enthält, und ich möchte daher in jenen Fällen, wo der Besuch der kohlensäurehaltigen Eisenquelle nicht möglich ist, sondern wo die Behandlung zuhause durchgeführt werden muß, dem pharmazeutischen Präparat das Levico- und Guber-Wasser vorziehen, indem ich von Roncegno aus bestimmten, hier nicht näher zu erörternden Gründen absehe. Die Behandlung stützt sich in diesem Falle gleichzeitig auf den vorzüglich tonisierenden Einfluß des Arsens, welches auch als reines Medikament in der Chlorosebehandlung mit Recht mehr und mehr eine führende Rolle eingenommen hat. Man sollte nur, wenn man Levicowasser verschreibt, auf die schwache Quelle verzichten, welche eine künstliche Mischung aus gewissen Teilen Starkquelle und einer ziemlich indifferenten, in Levico entspringenden anderen Quelle ist und sollte sich mit dem zuverlässigen Levico-Starkquell begnügen, den man ja ganz nach Belieben dosieren kann.

Wenn ich zum Schlusse meine Ausführungen noch kurz resümieren darf, so stellt uns die Behandlung der Chlorose die Aufgaben:

erstens in den Körper durch Pflege der Haut, durch maßvolle Gymnastik, durch die Diätetik, durch Bäder und durch klimatischen Einfluß eine Anregung hineinzutragen, welche seiner für die Blutbildung so schädlichen Energielosigkeit entgegenwirkt,

zweitens durch eine an Vegetabilien und Eiweiß reiche Nahrung dem Körper die Fähigkeit zu einem kraftvollen Aufbau und zur Beseitigung der vorhandenen Schwäche zu geben,

drittens den Stoffumsatz durch eine systematisch geregelte Tätigkeit unter sorgfältiger Würdigung der Leistungsfähigkeit des Individuums anzuregen und zu fördern.

Wie das vielleicht zu erreichen ist, habe ich mich bemüht, Ihnen auseinanderzusetzen, ohne daß meine Ansichten etwas anderes sein wollen, als die bescheidene Bekanntgabe von in der Praxis gesammelten Erfahrungen.

Wochenschau.

Von **Spektator**.

(Das Musterspital. — Die vorjährige Blatternepidemie. — Wiens Tote 1907.)

Es gibt Spitäler, in denen wissenschaftlich gearbeitet wird, es gibt Spitäler, in denen angeblich wissenschaftlich gearbeitet wird, in denen aber in Wirklichkeit nichts geleistet wird; aber ein modernes Spital, in dem prinzipiell und programmatisch nicht wissenschaftlich gearbeitet werden darf, das ist etwas neues und noch nicht dagewesenes. Diese Sehenswürdigkeit wird Wien beherbergen und wir verdanken sie natürlich der Fürsorge und Vorsorge unserer klerikalen Gemeindeverwaltung. So ängstlich ist diese um die Wahrung dieses Prinzipes besorgt, daß schon der Bauplan derart ist, daß kein Platz für chemische und bakteriologische Laboratorien vorgesehen wird; ja selbst eine Prosektur erscheint unsern Vettern Handschuhmachern und Schustern als etwas ketzerisches und wird nicht gebaut. Dagegen sind wir vollständig beruhigt, daß innen und außen für Kirche und Kapelle gesorgt werden wird. Kurz und gut, das neue Jubiläumsspital wird eine Sehenswürdigkeit werden; von weit und breit werden Ärzte kommen, um staunend zu sehen, wie die Bürger von Abdera unter ihrem berühmten Bürgermeister im Jahre 1909 ein Spital bauen, das alle Errungenschaften in sich vereinigt, die vor ungefähr hundert Jahren vorhanden waren, also eine Art „Alt-Wien“, ins Medizinische übertragen. Sollen's uns nachmachen! Kann das jemand Wunder nehmen, wenn hinter einer dünnen Kulturtünche vom Bürgermeisterstuhle tagaus, tagein mittelalterliche Anschauungen verfochten werden.

Aber wen können solche Zustände Wunder nehmen? Wieder hatte der Bürgermeister die Kühnheit, an die vorjährige Blatternepidemie zu rühren, anstatt froh zu sein, daß man über sein damaliges merkwürdiges Verhalten mit Rücksicht auf seine Krankheit still zur Tagesordnung überging. Er



hatte die Stirn, die Blatternepidemie als den größten Schwindel zu bezeichnen. Dabei straft ihn der Bericht der eigenen Magistratsabteilung für Statistik Lügen, der berichtet, daß im Jahre 1907 33 Menschen an Blattern starben! Genügt dies dem Herrn Bürgermeister nicht?

Ein Glück ist es nur zu nennen, daß das Physikat, das heute noch (wer weiß, wie lange) aus wissenschaftlich geschulten Ärzten besteht, den Bürgermeister in den Tag schwätzen läßt, aber selbst nach den Grundsätzen der modernen Medizin verfährt.

Von sonstigen Zahlen der Statistik des Wiener Magistrats teilen wir folgendes mit: Die Zahl der an Blinddarmentzündung Verstorbenen wird zum erstenmal gesondert angegeben; für 1907 beträgt sie 195.

Was bedeutet aber das gegen die 5690 Todesopfer der Lungentuberkulose, um 82 mehr als im Vorjahre!

Die zweitgrößte Sterblichkeit wiesen Lungen- und Rippenfellentzündungen mit 3113 Sterbefällen auf, wenn auch hierin gegen das Vorjahr ein Rückgang um 205 Fälle zu verzeichnen ist. Dem zunächst sind es die organischen Krankheiten des Herzens, die 2859 Todesfälle verursachten.

Die Gesamtzahl der im Jahre 1907 Verstorbenen beträgt 34.188, also um 215 mehr als im Vorjahre. Die Gesamtbevölkerung wurde für die Mitte des Berichtsjahres mit 1,979.003 berechnet. Von den Verstorbenen sind 17.770 männlich, 16.418 weiblich. Die größte Sterblichkeit wiesen die Kinder bis zu einem Jahre mit 8320 Fällen auf; zunächst stehen die 2803 Todesfälle der Kinder der Altersklasse von einem bis zu fünf Jahren. Auf 1000 Einwohner entfielen 17·28 Verstorbene gegen 17·53 im Vorjahre und 19·32 im Jahre 1905. Die Sterblichkeitsziffer Wiens ist also im steten Sinken begriffen, was noch deutlicher durch Ausscheiden der Ortsfremden wird. Die Sterblichkeitsziffer der Wiener Wohnbevölkerung allein beträgt nämlich für die Jahre 1905 bis 1907 18·65, 16·90 und 16·67. Von den Bezirken Wies weist der XVI. mit 3246 Verstorbenen die größte Sterblichkeit auf, ihm zunächst kommt der X. mit 3201 Todesfällen; die wenigsten Toten, 531, hat der I. Bezirk.

Dritter Kongreß der Gesellschaft für experimentelle Psychologie.

Frankfurt, 21. bis 25. April.

Die erste Sitzung wurde eingeleitet durch einen Vortrag von Prof. Claparède, Genf, über die Methoden der tierpsychologischen Beobachtungen und Versuche. Claparède ging zunächst auf jene tierpsychologischen Beobachtungen ein, die ohne Hilfe des Experimentes angestellt worden sind. Er stellte die individuelle Beobachtung der Massenbeobachtung gegenüber und erwähnte als Beispiel der letzteren besonders die Fragebogenuntersuchung von Edinger über das Gedächtnis der Fische. Die experimentellen Methoden teilte er in zwei Hauptklassen ein, indem er das „Einwirkungsverfahren“ in das „Einübungsverfahren“ unterschied. Der Unterschied der beiden Verfahrungsweisen besteht hauptsächlich darin, daß sich das zu beobachtende Tier im ersteren Falle mehr passiv, im letzteren mehr aktiv verhält. Dort wird festgestellt, wie das Tier auf irgend eine Einwirkung hin reagiert; hier konstatiert man, wie es sich verhält, wenn es auf gewisse Leistungen dressiert oder zu gewissen Gewohnheiten erzogen wird. An dem Einwirkungsverfahren unterschied der Vortragende weiter die Methode der direkten Reaktion, die Wahlmethode, die Methode der indirekten Reaktion und die Strukturmethode. Er führte zahlreiche Beispiele an, aus denen Wesen und Wert der verschiedenen Methoden ersichtlich wurde. Eine Reihe von Abbildungen dienten zur Illustration der klaren und interessanten Darlegungen. Das Einübungsverfahren ist eine ganz neue Methode der Tierpsychologie. Man hat zwar von jeher Tiere dressiert. Aber als tierpsychologische Methode hat erst Thorndike im Jahre 1898 das Einübungsverfahren eingeführt. Seither ist es in verschiedener Form ausgebildet worden. Der Vortragende erwähnt besonders das Labyrinthverfahren, das Vexierkastenverfahren, die Nachahmungsmethode und die Methode der Instinkthemmung. Von den bisher gewonnenen Ergebnissen der tierpsychologischen Versuche wurde namentlich dies hervorgehoben, daß gegenüber der hochentwickelten Empfindlichkeit und Unterschiedsempfindlichkeit vieler Tiere Intelligenz und Überlegung durchwegs sehr gering entwickelt sind. Mit einem Hinweis auf möglich pädagogische Folgerungen schloß Claparède seinen mit großem Beifalle aufgenommenen Vortrag.

Als nächster sprach Prof. Edinger, Frankfurt, über die Beziehungen der vergleichenden Anatomie zur vergleichenden Psychologie. Der Vortragende wies zunächst darauf hin, daß die Psychologie bisher von den Daten, welche ihr die Anatomie darbot, keinen wirklichen Nutzen ziehen konnte, weil sie sich wesentlich mit den höchstentwickelten Wirbeltieren, den Säugetieren und besonders dem Menschen beschäftigt hat. Hier bestehen nicht nur auf psychologischem Gebiete unendlich komplizierte Verhältnisse, sondern es ist auch auf anatomischer Seite ein ungeheurer Reichtum von Anordnungen gegeben. Bei den niederen Wirbeltieren aber findet man ein so einfaches Gehirn und eine so eng umgrenzte Reihe seelischer Äußerungen, daß es möglich wird, durch geeignete Untersuchungen hier dem Ziele aller Hirnanatomie nahe zu kommen und aus dem Bau des Gehirns seine Leistungsfähigkeit vorausbestimmen zu lernen.

In der Tat zeigte der Vortragende an Befunden der vergleichenden Anatomie bei niederen Wirbeltieren, in welcher Weise psychologische Tatsachen daraus erschlossen werden können. Er verfolgte dann überhaupt die aufsteigende Gehirnentwicklung der Wirbeltiere und setzte sich zu einer in großen Zügen geschilderten psychischen Entwicklung in Parallele. Besonders betonte er den Unterschied des von ihm so genannten paläenkephalen und neenkephalen Handelns, den er darin begründet sieht, daß neben dem allen Wirbeltieren gemeinsamen Hirnabschnitte, der als Urhirn, Paläenzephalon, bezeichnet wird, mehr und mehr ein anderer Hirnteil, das Neenkephalon sich entwickelt. Im Paläenkephalon sind die Endstätten für alle Sinnesnerven und die ganzen kombinierten Bewegungsapparate für alle möglichen Lebensäußerungen des Tieres vereint. Hier übertragen sich die Sinneseindrücke direkt auf fertige Bewegungskombinationen. Diese Übertragung findet derart statt, daß für viele Verrichtungen nur ein ganz bestimmter Teil nötig ist, und daß die Tiere, denen man alles übrige weggeschnitten hat, doch zu den betreffenden Verrichtungen fähig bleiben.

Das Neenkephalon ist der Hirnteil, der beim Menschen als Großhirn bezeichnet wird. Hier liegen die Bedingungen für die Bildung von Assoziationen. Die Zuordnung von Sinneseindruck und Bewegungsreaktionen will Edinger nicht als Assoziation betrachtet wissen. Er stellt infolgedessen das Handeln auf Grund von Assoziationen oder das neenkephale Handeln dem reflektorischen und instinktiven oder dem paläenkephalen Handeln gegenüber. Eine Fülle von Beispielen aus dem Leben niederer und höherer Wirbeltiere sowie eine Fülle von Abbildungen geeigneter Querschnitte durch das Hirn der betreffenden Tiere ließen die Hoffnungen, welche Edinger bezüglich der wachsenden psychologischen Bedeutung der vergleichenden Gehirnanatomie hegt, als wohl berechtigt erscheinen.

Über psychologisch bedeutsame gehirnphysiologische Tatsachen berichtete sodann Dr. Kappers, Amsterdam, in seinem Vortrage über die Bildung von Faserverbindungen auf Grund von simultanen und sukzessiven Reizen. Er zeigt zunächst, daß die Lage motorischer Zentren im Halsmark des Gehirns bei verschiedenen Wirbeltieren sehr verschieden ist. Mit der Entwicklung gewisser Funktionen (z. B. mit der Ausbildung des Stimmapparates der Singvögel) geht eine Verlagerung der an diesen Funktionen beteiligten motorischen Gehirnteile Hand in Hand. Dabei sind von den beiden im Gehirn zu unterscheidenden Bestandteilen, den Faserverbindungen und den Kernen, nicht jene, sondern diese an



dem Verlagerungsprozeß passiv beteiligt, d. h. wenn sich eine von höheren zu niederen Zentren führende, eine zentralmotorische Bahn in ihrem Verlaufe ändert, dann ändert sich auch die Lage der von ihr beeinflußten motorischen Kerne. Wodurch aber wird die Änderung im Verlaufe der zentralmotorischen Bahn herbeigeführt? Nach den Beobachtungen von Kappers durch die Reizung sensorischer Zentren. Es bilden sich nämlich Faserverbindungen zwischen solchen Gebieten, die öfters simultan oder direkt sukzessiv gereizt werden. Zum Schlusse seiner Ausführungen wies der Vortragende darauf hin, daß das Hauptgesetz der Psychologie, wonach Bedingung für die Bildung von Assoziationen die gleichzeitige oder direkte sukzessive Erregung ist, mit dem Hauptgesetz der Gehirnphysiologie über die Bildung von Faserverbindungen zusammenfällt.

Hierauf wurden Vorträge in der hier wiedergegebenen Reihenfolge gehalten: Plaßmann, Münster, Beziehungen zwischen Astronomie und Psychologie; Ach, Königsberg, Methode zur Untersuchung der simultanen Assoziationen; Aall, Christiania, Über den Maßstab beim Tiefsehen; Marbe, Frankfurt, Die Verwendung rußender Flammen in der Psychologie und ihren Grenzgebieten und graphische Aufnahme der Herztöne; Eggert, Frankfurt, Sprachmelodische Untersuchungen; Seddig, Frankfurt, Über Projektion des Newtonschen Farbendreiecks und Apparate zur Mischung von Komplementärfarben; Schultze, Frankfurt, Ein neuer Expositions- und Gedächtnisapparat und die Bedeutung psychologischer Fehlerquellen bei Blutdruckmessungen nach Riva-Rocci und von Recklinghausen.

Der erste Vortrag des nächsten Tages von Prof. Eggert, Frankfurt a. M., behandelte sprachmelodische Untersuchungen. Als Sprachmelodie bezeichnet man die rhythmische Tonhöhenbewegung, in welcher die gesprochene Rede verläuft. Sie wird von psychischen Zuständen und Vorgängen beeinflußt, steht mit dem Inhalt und der syntaktischen Form der Rede in Zusammenhang und zeigt für die einzelnen Sprachen, Mundarten und individuellen Sprechweisen charakteristische Züge. Die bisher veröffentlichten experimentellen Untersuchungen von Sprachmelodien wurden beeinträchtigt durch schwierige Technik, sowie mühsame Messung und Berechnung. Eine wesentliche Verbesserung bedeutet der Marbesche Sprachmelodieapparat. Die Registrierung dieses Apparates bringt Tonhöhe, Klangfarbe und Zeitdauer der Vokale und stimmhaften Konsonanten, sowie die Zeitdauer der stimmlosen Konsonanten und der Sprechpausen zum Ausdrucke. Um für die Berechnung der Sprachmelodie von vornherein die geringen Tonschwankungen auszuschalten, die für das Ohr nicht wahrnehmbar sind und deshalb keine psychologische Bedeutung haben, werden nicht, wie in den bisherigen Untersuchungen, die einzelnen Tonschwingungen, sondern mittlere Tonhöhen für kurze Zeitstrecken bestimmt und in einer Melodiekurve graphisch dargestellt. Eine zahlenmäßige Charakteristik für die Eigenart einer Sprachmelodie läßt sich feststellen in bezug auf die Stimmlage, den Tourenfang, die relative Häufigkeit der einzelnen Tonhöhen, das Verhältnis zwischen den Steig- und Fallschritten der Tonhöhenbewegung nach ihrer mittleren Größe und Zeitdauer und das zeitliche Verhältnis zwischen dynamischen Akzenten und den Tongipfeln der Melodiekurve. Die Beobachtung von Siwers, daß die Mundarten in der Eigenart ihrer Satzmelodien sich unterscheiden, und daß in den Werken älterer und neuerer Schriftsteller charakteristische sprachmelodische Unterschiede zu finden sind, läßt sich mit Hilfe des Marbeschen Apparates experimentell aufs beste nachprüfen und weiter verfolgen. An einer Reihe von Tabellen zeigte der Vortragende, wie derartige Untersuchungen tatsächlich zu schönen Ergebnissen führen.

In der Diskussion hob Prof. Thumb, Marburg, hervor, daß die Sprachwissenschaft im allgemeinen den musikalischen und den dynamischen Akzent unterscheidet, ohne zu verkennen, daß dieselben vielfach im engsten Zusammenhange stehen. Gerade die Ergründung dieses Zusammenhanges bildet nach Thumb ein interessantes Problem, dessen Lösung durch den Marbeschen Apparat wesentlich erleichtert wird.

An zweiter Stelle sprach Dr. O. Schultze, Frankfurt a. M., über die Bedeutung psychologischer Fehlerquellen bei Blutdruckmessungen nach Riva-Rocci und v. Recklinghausen. Wichtige und konstante Fehler dieses Verfahrens entstehen durch eine ungenügende Zahl von Messungen und dadurch, daß der Beobachter das den Nachlaß des Blutdruckes anzeigende Sinken des Quecksilbers oder Zeigers am Registrierapparat verfolgt, während er auf den wiederkehrenden Puls achtet. Durch Ausschluß dieser Fehlerquellen erhielt Schultze interessante, von den Befunden bisheriger Beobachter in wichtigen Punkten abweichende Resultate. Zum Schlusse seiner Ausführungen demonstrierte der Vortragende einen neu konstruierten kleinen Apparat, der dem einzelnen Beobachter ermöglicht, im „unwissentlichen Verfahren“ die für ihn charakteristischen Beobachtungsfehler festzustellen.

Der folgende Vortrag (von Dr. Lipmann, Berlin) behandelte die Frage der „Bewertung der Reaktionen bei Gedächtnis- und Aussageversuchen“. Lipmann ging davon aus, daß man vielfach den Versuch gemacht hat, die Fehler, die bei der Reproduktion von Lernstoffen oder bei Aussagen gemacht werden, nicht nur zu zählen, sondern auch nach ihrem verschiedenen Gewicht zu bewerten. Diese Versuche glaubt er ablehnen zu sollen. Entweder nämlich, meint er, bleibt innerhalb der verschiedenen Versuchskonstellationen oder Personengruppen, deren Ergebnisse man mit einander vergleichen will, das „Fehlerverteilungsgesetz“, d. h. die relative Häufigkeit der verschiedenen Fehlerarten, dasselbe; dann ergibt die Einführung einer Fehlerskala bezüglich des Vergleiches der Konstellationen usw. nichts anderes als die einfache Fehlerzählung. Oder das Fehlerverteilungsgesetz ändert sich von Konstellation zu Konstellation oder von einer Personengruppe zur anderen, wie dies meist der Fall zu sein scheint; in diesem Falle hätte man Unrecht, wenn man z. B. einen ungewöhnlichen Fehler auch schwerer werten würde. Der Vortragende ist also der Ansicht, daß man bezüglich der Wertung von Gedächtnis- und Aussageleistungen mit der Fehlerzählung sich begnügen muß. Dagegen scheint ihm die Feststellung der Fehlerverteilungsgesetze bei verschiedenen Versuchskonstellationen und der hinsichtlich dieser Verteilung zu konstatierenden Typenunterschiede an sich ein dankbares Feld der Gedächtnis- und Aussagepsychologie.

Es folgt hierauf eine Demonstration verschiedener Apparate durch Dr. Rupp, Berlin. Einer dieser Apparate dient zu Untersuchungen über räumliche Distanzvergleichungen und wird als Distanzvariator bezeichnet. Ein zweiter der demonstrierten Apparate, der Variationskreisel, dient ähnlichen Zwecken wie der von Marbe konstruierte sogenannte „Sektorenverschiebungsapparat“. Weiter zeigte der Vortragende einen besonders zweckmäßig eingerichteten Spektralapparat, einen einfach und sinnreich hergestellten Tonmesser und Tonvariator, sowie einen interessanten Demonstrationsapparat, den er als „Vokalröhre“ bezeichnet.

Schließlich sprach Dr. Grünbaum, Würzburg über die Abstraktion des Gleichen. Er stellte zunächst einige Demonstrationsexperimente an zur Illustration der bei seiner Untersuchung über die Abstraktion des Gleichen angewandten Methode. Als erstes Ergebnis dieser Untersuchung hob er dies hervor, daß die Konstatierung der Gleichheitsbeziehung und die Absonderung der gleichen Elemente wohl zu unterscheiden sind. Die letztere fing in seinen Versuchen schon an vor der bewußten Gleichsetzung, wurde aber durch das an sie geknüpfte Gleichheitsbewußtsein vollendet. Weiter erörterte der Vortragende die schwierigen Fragen nach dem Wesen der Abstraktion, nach charakteristischen Unterschieden der äußeren und der inneren Aufmerksamkeit usw. Besonders interessant war die Darlegung der verschiedenen Art und Weise, wie das Gleichheitsbewußtsein zustande kommt, wenn in einer Reihe sukzessiv dargebotener Eindrücke einige einander gleich sind. Grünbaum unterschied hier die Erlebnisse der Erleichterung, der Erfüllung des inneren Ruckes und des Schlusses.

(Fortsetzung folgt.)



Internationaler Kongreß für Rettungswesen.

(Fortsetzung.)

Liebeschütz-Dessau: Über die Frage der Entschädigung für freiwillig geleistete erste Hilfe.

1. Die Unentgeltlichkeit erster Hilfe für Infektionskranke ist im öffentlichen Interesse unter allen Umständen durchzuführen.

2. Die ideal vollkommene erste Hilfe ist die absolut unentgeltliche Versorgung jedes Verwundeten und Kranken.

3. Die Durchführung der Unentgeltlichkeit ist möglich, wenn es gelingt, von den in Betracht kommenden Stellen, die an der Existenz von Rettungseinrichtungen interessiert sind, genügende Mittel zu erhalten.

4. Das zunächst zu erstrebende Ziel besteht in der Gewährung erster Hilfe unter Anheimstellen an wohlhabende Personen, freiwillig einen ihrem Ermessen überlassenen Betrag zu entrichten.

5. Zur leichteren Erreichung der Ziele ist eine Vereinheitlichung des von verschiedenen Körperschaften betriebenen Rettungsdienstes auf gemeinsamem Boden erforderlich.

Blume-Philippsburg i. B.: Die Durchführung von keimfreien Einzelverbänden bei der ersten Hilfe im Rettungsdienste.

Empfehlung des Utermöhlenschen Schnellverbandes und zur Vervollständigung desselben, des Blumeschen aseptischen Fingerverbandes als ausschließlichen Verbandsmaterials im Interesse des Verletzten, indem seine Verletzung schnell, sachgemäß und sicher versorgt wird, des Nothelfers, da er seine erste Hilfe mit einem unschädlichen Verbande in durchaus unschädlicher Weise leisten kann und des Arztes, der nun in der Lage ist, unter streng aseptischen Kautelen einen sicheren Erfolg in der weiteren Wundbehandlung erzielen zu können.

Charas-Wien: Über den Transport Verunglückter in großen Städten.

Die Hauptleitsätze des Vortragenden sind:

1. Für Krankentransportzwecke eignet sich für weitere Distanzen der mit Pferde- oder motorischer Kraft betriebene Ambulanzwagen, für kurze Strecken die gedeckte Stadttragbahre oder die Feldtragbahre.

2. Die sogenannte Räderbahre ist als höchst unzweckmäßiges Transportmittel vom Krankentransporte auszuschalten.

3. Die stabile Unterbringung von Instrumenten, Medikamenten und Lebensmitteln in den Krankenwagen ist nicht zu empfehlen. (!)

4. Die ausnahmslos nach jedem Transporte Verunglückter durchzuführende Desinfektion des Krankenwagens ist auf Grund mannigfaltiger Erfahrung vom praktischen Standpunkte aus nicht allgemein zu empfehlen. Eine exakte und gründliche Desinfektion des Krankenwagens ist dann angezeigt, wenn ärztlicherseits eine Infektionserkrankung festgestellt ist oder auch nur der leiseste Verdacht oder die Möglichkeit einer solchen nicht ausgeschlossen ist.

5. Die Aufstellung von Tragbahren zum Gebrauche für jedermann an verkehrsreichen Plätzen größerer Städte ist als zweckentsprechend zu bezeichnen und im Interesse der raschen Bergung der Verunglückten zur allgemeinen Einführung zu empfehlen.

6. Zur raschen Abtransportierung von Verunglückten bei Massenunfällen sind genau präzisierte und wiederholt erprobte Normen erforderlich, durch welche der gesamte, einer Stadt zur Verfügung stehende Krankenfuhrpark im gegebenen Momente nach bestimmten Vorschriften raschestens mobilisiert werden kann. Da erfahrungsgemäß das Vorhandene den abnormen Anforderungen nicht genügen wird, ist schon bei Zeiten vorzusorgen, um andere Betriebsmittel für Krankentransporte improvisieren zu können.

7. Es entspricht einem dringenden Bedürfnisse, geeignete Waggons für den Transport von Verunglückten auf Eisenbahnen bereit zu halten. Um die derzeit verwendeten Durchgangswaggons für die Ein- und Auswaggonierung von Kranken geeignet zu machen, sind entsprechende Adaptierungen an denselben dringend zu empfehlen.

Ing.-Assistent Jäger-Kaiserslautern: Über Einrichtung ständiger Sanitätswachen, in Verbindung mit amtlichen Desinfektionseinrichtungen.

Jäger empfiehlt für solche mittelgroße und kleine Städte, wo zwar Bedürfnis für Rettungswachen, aber keine ausreichende Beschäftigung für dieselben und keine finanzielle Sicherstellung derselben vorhanden sei, die Nachahmung der Verhältnisse in Kaiserslautern. (Die drei Desinfektoren der Außenstation des bakteriologischen Untersuchungsamtes Landau besorgen die Wohnungsdesinfektion und die Krankentransporte und erste Hilfe!)

Briegleb-Worms: Alkohol und Unfall.

Bei vollständiger Enthaltsamkeit gibt es keine durch Alkohol verursachten Unfälle mehr. Die Ergebnisse der Wissenschaft weisen auf vollständige Alkoholenthaltsamkeit als im Sinne der Unfallverhütung notwendig hin. Daher ist die Enthaltung von Alkohol (Abstinenz) erforderlich für alle, die in mit Unfallsgefahr verbundenen Betrieben arbeiten oder angestellt sind. Mit Zwangsmaßregeln ist dies nicht zu erreichen, nur durch Aufklärung und die Wirksamkeit der Enthaltsamkeitsvereinigungen lassen sich da Erfolge erzielen. Im Sinne der Unfallsverhütung ist es unbedingt erforderlich, daß die Enthaltsamkeitsbestrebungen von allen hier direkt oder indirekt Interessierten mit Geldmitteln reichlich unterstützt werden. Darum müssen beide Bewegungen, die Bestrebung für Unfallverhütung und der Kampf gegen den Alkoholismus für die Enthaltsamkeit Hand in Hand gehen.

Wenn der Staat hier hilft, hilft er sich selbst!

Mynlieff-Amsterdam: Die „Maatschappij tot Redding van Drenkelingen“ in Amsterdam und ihre Bedeutung für das Rettungswesen. (Gesellschaft zur Rettung von Ertrunkenen.)

Interessante historische Skizze über die älteste Rettungsgesellschaft, die am 6. August 1767 in Amsterdam errichtet wurde.

Bis zur Zeit der Gründung obengenannter Gesellschaft ist eine bessere Hilfeleistung beim Scheintode hauptsächlich zurückgehalten worden: a) durch die damals bestehenden falschen Begriffe hinsichtlich der Macht des Gerichtes; b) durch die Unbekanntheit mit der Ursache des Scheintodes. Die durch die Gesellschaft zu derselben Zeit angegebenen Grundlinien der Organisation müssen auch jetzt noch als richtig anerkannt werden. Die Tätigkeit der Amsterdamer Gesellschaft hat den großen Erfolg gehabt, daß man sie in fast allen gebildeten Ländern nachgeahmt hat. Sie kann als Vorläuferin der später am meisten bekannt gewordenen Organisationen in New York (1869), London (1878), Wien (1881) und Kiel (1882) betrachtet werden.

v. Oettingen-Berlin: Zwölf Thesen zur Organisation des Rettungswesens in Städten.

v. Oettingen verlangt Einrichtung des Rettungswesens auf Kosten der Stadt unter Mitwirkung aller ortsansässigen Ärzte und Angliederung der Rettungswachen an die Berufsfeuerwehr. Voraussetzung eines exakten Funktionierens ist in den meisten Fällen (besonders bei Unfällen), ein schnelles Transportmittel, wozu sich am besten ein elektrisches Automobil eignet. Unentgeltliche Hilfe soll ausgeschlossen sein. Gehört der Hilfesuchende einer Kasse an, so zahlt diese nach der Taxe für Hilfeleistung, Verbandstoffe und Transport. Ist der Hilfesuchende Armer, so zahlt der Ortsarmenverband. Private haben nach der Gebührenordnung zu zahlen. Die Samariter sollen durch Gehälter gagiert werden, die Ärzte niemals anders als für einzelne Leistungen. Dafür ist aber von ihnen auch eine genaue Krankengeschichte zu liefern.

Klein-Berlin: Über die frühzeitige Übernahme des Heilverfahrens nach Betriebsunfällen durch die Berufsgenossenschaften usw.

Das Reichsversicherungsamt empfiehlt den Berufsgenossenschaften, mehr, als es bisher geschehen, die sofortige Übernahme des Heilverfahrens durchzuführen.



Rettungswesen auf dem Lande, in Industriezentren und in kleineren kommunalen Verbänden.

de Mooij-Gravenhague: Neue Arten des Einwickelns, der Immobilisation und des Transportes selbst von nicht transportablen Kranken, vermittels des Krankenheberahmens zu dem Hilfsplatze, ohne dieselben mit den Händen aufzuheben.

Beschreibung eines praktischen, einfachen Krankenheberahmens zum Transporte Schwerverletzter, infektiöser Kranker und dergleichen, auch über steile und gewundene Treppen und Gänge, in Bergwerken, nach und von Schiffen usw. in der oben angegebenen Weise. Auch brauchbar zur Anwendung von Dauerbädern.

Rambousek-Prag: Rettungswesen, Unfälle und erste Hilfe in gewerblichen Betrieben und der Unterricht hiefür an gewerblichen Lehranstalten.

Ein wohlorganisierter Rettungsdienst spielt im industriellen Leben bei der Häufigkeit der Unfälle neben der notwendigen Ausrüstung der Werkstätten mit Schutzvorkehrungen die größte Rolle. Rettungsmittel und Personen, die deren Gebrauch gut verstehen, dürfen in keinem Betriebe fehlen, selbst in dem kleinsten nicht. Die Herstellung von Rettungskästen richtet sich zweckmäßigerweise nach der Art der in Betrieben der betreffenden Gewerbekategorie am häufigsten vorkommenden Unfälle und kann dieser Gesetzmäßigkeit halber auf der Unfallstatistik basiert werden.

Eine Unterweisung aller dem Gewerbe und der Technik Angehörigen in der ersten Hilfe und dem Gebrauche der Rettungsmittel ist notwendig; insbesondere sollten entsprechende Kenntnisse in dieser Richtung zu dem die breite Basis der technischen Bildung darstellenden Wissen gehören; in diesem Sinne sollte auf allen technischen Lehranstalten niederer und höherer Kategorie der Unterricht über das Rettungswesen eingeführt werden und womöglich obligatorisch sein.

Vliebergh-Brüssel: Die Unfälle bei der landwirtschaftlichen Arbeit.

Unfälle sind auf dem Lande häufiger, als angenommen wird; sie sind weniger durch Maschinen, als durch Fall, Pferde und Vieh verursacht und sind besonders zahlreich in den kleinen, nach alten Gewohnheiten betriebenen Pachthöfen. Wenn die Decke der Ställe nicht durchbrochen, sondern fortlaufend wäre, würden viele Unfälle durch Sturz vermieden. Besondere Vorsichtsmaßregeln sind für den Betrieb der Maschinen nötig. Die Einrichtung von Krankenhäusern auf dem Lande und die Besserung der hygienischen Verhältnisse würden die verderblichen Folgen der Unfälle auf dem Lande erheblich verringern.

Das größte Interesse und der stärkste Andrang herrschen in der Abteilung, die sich mit dem Rettungswesen in den Städten beschäftigt.

In einem Vortrage über die Durchführung der Zusammenarbeit der für das öffentliche Rettungswesen der Großstädte wichtigsten Faktoren (Ärztestand, Krankenhäuser, Krankenbeförderung) forderte Dr. O. Salomon-Berlin das Zusammenwirken der Krankenhäuser, der Ärzteschaft und der Einrichtungen für den Krankentransport, sowie ein zentralisiertes Meldewesen. Um diesen wichtigen Zweig der öffentlichen Gesundheitspflege in den Großstädten der unsicheren Basis privater Wohltätigkeit möglichst zu entziehen, ist die Übernahme oder ausreichende finanzielle Sicherstellung des Rettungswesens durch die Kommunen erforderlich.

In einem Vortrag über die Lehren eines Brandunglückes erklärte der königliche Bauinspektor Redlich-Rixdorf u. a. es für notwendig, einwandfreie Zu- oder Durchfahrten nach Höfen und anderen derartigen Teilen bebauter Grundstücke herzustellen. Schachtartig umbaute Höfe müssen vermieden werden, weil sie bei einem Brande leicht der Verqualmung ausgesetzt sind. Alle Freiflächen eines Bauviertels sollen untereinander in Verbindung stehen. In eingehender, anschaulicher Weise schilderte der königliche Brandmeister Elsner-Berlin die Rettung von Personen aus brennenden Gebäuden. Er teilte u. a. mit, daß eine praktische Belehrung des Publikums jetzt für Berlin beabsichtigt sei. In den Hausfluren sollen Blechschilder mit folgendem Wortlaut angebracht werden: „Feuer! Ruhe und Besonnenheit! 1. Feuerwehr alarmieren! 2. Türen geschlossen halten! In den Wohnungen bleiben. 3. Gefährdete Personen müssen sich der Feuerwehr an den Fenstern bemerkbar machen. 4. Niemals auf Zuruf des Publikums aus den Fenstern springen. Nur Anordnungen der Feuerwehr befolgen! 5. In verqualmten Räumen sich kriechend bewegen! Nasses Tuch vor Mund und Nase halten! Nächste Feuermeldestelle . . ." Als Leitsätze stellte der Redner auf: Für die Sicherheit der Bewohner in den Wohnhäusern genügen im allgemeinen die bestehenden baupolizeilichen Bestimmungen, die nur eine Treppe fordern. Das Sprungtuch als äußerstes Rettungsmittel muß sich unter den Fenstern immer ausbreiten lassen. Eine Verschärfung der Bestimmungen ist notwendig. In der Besprechung wandte man sich gegen die Verquickung des Samariterdienstes mit dem Feuerwehrdienst.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Narkosenbericht aus Prof. Israels Klinik 1895—1907. Von Dr. Leo Caro. (Schluß.)

Die anästhetische und analgetische Wirkung des lumbalen Verfahrens dauert von $^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden an, entsprechend der größeren oder geringeren Erregbarkeit des Nervensystems, verschieden nach Alter und Geschlecht. Bei älteren Personen und Frauen wirkt es besser und länger, kürzer bei Männern im allgemeinen und jüngeren Personen im besonderen. Über die Wirkungsweise bei Kindern stehen uns keine Erfahrungen zur Verfügung.

Das dominierende Narkotikum an der Klinik ist, und wird wohl auch noch lange bleiben, das Chloroform, dem der Äther in den letzten Jahren in seiner Kombination mit Morphium einigermaßen Konkurrenz zu bieten vermochte. Vom Jahre 1895 bis zum Dezember des Jahres 1907 wurden von 1448 Patienten 851 mit Chloroform, und zählt man die 45 Fälle von Sauerstoffchloroform hinzu, so sind es 896 Fälle, die mit diesem Mittel betäubt wurden. Unter diesen Fällen ist ein Todesfall zu beklagen, den man direkt auf Rechnung des Chloroforms setzen kann.

Es handelte sich um eine junge 23jährige Dame, die wegen Appendizitis im freien Intervall operiert wurde, und die 5 Tage p. op. an Herzschwäche starb. Bei der Autopsie fand sich keine Spur von Peritonitis oder sonstiger Veränderung, dagegen eine fast in allen quergestreiften Muskeln, also auch in denen des Herzens, ausgebreitete fettige Degeneration. Obwohl der Chloroformverbrauch in der $1^1/_4$ Stunden dauernden Operation nur 35 *g* betrug, so läßt sich die Todesursache bei der so kräftigen jungen Person doch durch nichts anderes erklären, als durch eine Vergiftung mit Chloroform.

Außer diesem einen Todesfall haben wir keine weiteren Verluste zu beklagen, die man direkt auf Rechnung der Narkose setzen könnte. Es kommen mehrfach Todesfälle an Pneumonie, Lungenödem und Herzschwäche vor, doch handelt es sich hier meist um so geschwächte, erschöpfte, entblutete Fälle, daß es gekünstelt wäre, wollte man sie als Folge der Narkose ansehen. Auf dem Operationstisch starben 3 Patienten, doch ergab in dem einen Fall (es handelte sich um eine infolge Lungengangrän ausgeführte Rippenresektion) die Autopsie als Ursache Eindringen von Blut in die Bronchien und Trachea, in den 2 letzten Fällen waren es Embolien in Herz und Pulmonalis bei malignen Tumoren der Niere, die den plötzlichen Exitus letalis herbeiführten. Während der Operation wurden 5 Patienten aphyktisch. Bei dem einen Fall, einer Frau, mußte die Tracheotomie gemacht werden, die übrigen erholten sich ohne besondere Maßnahmen und überstanden auch in der Folge den Eingriff gut. Wir sind geneigt anzunehmen, daß Asphyxien bei richtiger Leitung der Narkose



nicht vorkommen dürfen, und wenn sie vorkommen, so sind sie einzig und allein auf die mangelhafte Technik und Übung des Narkotiseurs zu setzen. Mit der fortschreitenden technischen Gewandheit im Narkotisieren ist es uns gelungen, Asphyxien ganz zu vermeiden, und tatsächlich weist die Statistik der letzten 7 Jahre keinen einzigen Fall dieser Art auf.

Vor allem handelt es sich darum, daß die Patienten ganz langsam in Schlaf versetzt werden. Zu diesem Zwecke wird die mit ein paar Tropfen Chloroform angefeuchtete Maske etwa handbreit über dem Gesicht der Patienten hin und her geschwenkt, um zuerst eine Gewöhnung an den stechenden Geruch des Narkotikums zu erzielen. Manche Patienten, namentlich sehr ängstliche, empfinden es wohltuend, wenn man ihnen ein paar Worte des Trostes oder freundlichen Zuspruches gönnt, andere wieder müssen in absoluter Ruhe behandelt werden. Nun wird die Maske mit einem Tropfen Chloroform befeuchtet dem Gesicht des Patienten näher gebracht und sofort zurückgezogen, wenn man merkt, daß der Geruch dem Patienten lästig zu werden beginnt. Dieses Spiel wird geduldig so lange fortgesetzt, bis der Patient durch unkoordiniertes Sprechen oder beginnende Exzitation selbst anzeigt, daß das Narkotikum bei ihm zu wirken beginnt. Nunmehr nähert man die Maske ganz dem Gesicht und läßt langsam aber stetig einen Tropfen nach dem anderen auf die Gaze fallen, bis regelmäßiges Atmen den Eintritt des Schlafes anzeigt. Ist die Exzitation groß, dann hüte man sich durch allzu brüskes Vorgehen den Patienten erst recht aufzuregen. Vollkommenes Nachgeben, sanftes Zurückhalten allzu stürmischer Bewegungen führt rascher zum Ziel, als wenn man den Kranken mit brachialer Gewalt zum Stilliegen zwingen will. Es ist rationeller, solche Leute erst wieder aufwachen zu lassen und dann von neuem sein Glück zu probieren, denn durch die gewaltige Körperanstrengung bei meist geschlossener Glottis wird das Herz mehr geschädigt, als durch die paar Tropfen Chloroform, die man hier mehr geben muß. Beruhigt sich der Patient, liegt er tiefatmend da, sind die Pupillen mäßig verengt, die Kornealreflexe erloschen, dann kann man mit der Zufuhr des Chloroforms aufhören und warten, bis der Patient wieder Zeichen beginnenden Bewußtseins gibt. Es genügen dann erneut einige Tropfen Chloroform aufzutröpfeln, um den Patienten wieder bis zur vollständigen Erschlaffung aller willkürlichen Muskeln zu bringen, wenn von seiten des Operateurs die Rücksicht genommen wird, die paar Minuten zu warten, bis der Kranke wieder schläft. Während des ganzen Verlaufes der Operation konzentriert der Narkotiseur seine volle Aufmerksamkeit auf das Atmen, den Puls und namentlich das Gesicht des Kranken. Durch Übung gelangt man recht bald dahin, daß man jede Farbennuance im Gesicht des Kranken richtig zu deuten lernt, denn nirgends äußert sich ein Sinken des Blutdruckes und damit der drohende Beginn einer Synkope so rasch als in der Farbenveränderung des Gesichtes. Das Erblassen um Mund und Nase bei beginnender Herzschwäche, das Dunkelwerden an Wangen und Lippen bei stockender Atmung durch Zurücksinken der Zunge, alles das erfaßt ein geübtes Auge rascher, als der palpierende Finger an der Pulswelle. Auch der jeweilige Stand des Kornealreflexes gibt ziemlich genau den Zustand an, in dem sich der Patient befindet, aber nach unserer Erfahrung raten wir entschieden vor einem zu häufigen Berühren der Kornea ab. Unangenehme Konjunktivitiden, ja selbst Ulzerationen der Kornea können daraus resultieren. Daß dem Offenbleiben der Augen irgend eine Bedeutung für den Verlauf der Narkose zuzuschreiben ist, haben wir uns nicht überzeugen können, dagegen glauben wir, daß dieses Klaffen der Lider meistens als Vorbote beginnenden Erbrechens anzusehen ist.

Wie wir schon oben erwähnt haben, halten wir das Erbrechen während und nach der Narkose für eine Folge der Ätzwirkung von verschluckten Chloroformdämpfen auf die Magenschleimhaut. Ist es uns doch gelungen, bei willensstarken Patienten, die durch tiefes Ein- und Ausatmen den reflektorischen Schluckreiz zu bekämpfen imstande waren, Erbrechen ganz zu vermeiden, obwohl dieselben Kranken die Angabe machten, daß sie bei früheren Narkosen sehr unter dem postnarkotischen Erbrechen zu leiden hatten. Aus demselben Grunde, aus verminderter Reizwirkung des Chloroforms auf die Magenschleimhaut, brechen bekanntlich Kinder und geschwächte Personen, wie z. B. ältere Leute, kreißende Frauen, wenig oder fast gar nicht, denn sie erliegen meist sehr rasch der einschläfernden Wirkung des Narkotikums und sind daher außerstande, größere Mengen von Chloroformdämpfen zu verschlucken, da nachweislich zu Beginn der Narkose die größte Tendenz zum Schlucken vorliegt. An anderer Stelle von uns vorgenommene Versuche zum Koupieren des Erbrechens mit 5% Alypinlösung, von der die Patienten 1—2 mal 10—15 Tropfen erhalten haben, ermutigen zur weiteren Erprobung dieses Mittels.

Neben der Ätzwirkung durch das Chloroform muß noch ein Umstand Erwähnung finden, der Anlaß zum Erbrechen, namentlich nach der Narkose bietet, es ist das Morphium.

Bei manchen Patienten ist es nötig, vor der Narkose Morphium oder Opium zu geben. Sind das nun Personen, die nie früher Morphium bekommen haben, dann brechen sie meist nach der Narkose sehr häufig, und zwar erstreckt sich das Erbrechen oft auf 1—3 Tage und ist meist mit dumpfem Kopfschmerz vergesellschaftet. Patienten, die schon Morphium öfters vorher erhalten haben, zeigen eine weit geringere Neigung zum Erbrechen.

Was nun die Folgeerscheinungen des Chloroforms nach der Operation anbetrifft, so nimmt darin namentlich die postnarkotische Pneumonie einen ziemlich breiten Spielraum ein. Abgesehen von den schon oben erwähnten Pneumonietodesfällen, die wir aber nicht geneigt sind, der Narkose zuzuschreiben, befinden sich 13 Fälle unter den 896 Chloroformfällen, die am 2.—8. Tage nach der Operation Pneumonie akquiriert haben. Wie viele von innen auf die Narkose, wie viele auf die Operation selbst, auf vernachlässigte Mundpflege, vorher bestehende Bronchitiden usw. zu setzen sind, das läßt sich heute nicht sicher nachweisen, wenn auch Versuche an Tieren nachgewiesen haben, daß dem Chloroform, und mehr noch dem Äther, ein schädigender Einfluß auf das Lungengewebe zuzuschreiben ist. Es ist dies wiederum eine Forderung, den Verbrauch des Chloroforms auf das Notwendigste zu beschränken, und Tatsache ist es, daß wir mit Verminderung dieses Mittels in den letzten Jahren auch weniger postoperative Zufälle zu verzeichnen haben.

Der Verbrauch von reinem Chloroform an unserer Klinik schwankt von $^1/_2$ *g* bis zu 50 *g* im Verlaufe von Operationen von einer Viertelstunde bis zu 3 Stunden Dauer, also im Durchschnitt 1 *g* Chloroform für 3 Minuten. Natürlich verringert sich der Verbrauch, wenn vorher ein anderes Narkotikum angewendet worden ist, z. B. Äther oder Skopolaminmorphium.

Solche mit Äther kombinierte Narkosen haben wir 128 gemacht. Es galt hier entweder Chloroform zuerst zu geben, um rascher die Betäubung herbeizuführen, oder aber die Äthernarkose wirkte nicht, und wir waren gezwungen, mit Chloroform nachzuhelfen. Dabei ergab sich die merkwürdige Tatsache, daß jedesmal beim Wechseln des Narkotikums, sei es nun, daß Chloroform zuerst und dann Äther gegeben wurde oder umgekehrt, die Patienten heftig erbrachen. Wie dieses Erbrechen zu erklären wäre, ist schwer zu sagen, da von einer Ätzwirkung durch Schlucken von den benannten Patienten kaum gesprochen werden kann.

Abgesehen von diesem eben erwähnten Übelstand, ist die kombinierte Äther-Chloroformnarkose, namentlich bei Operationen am Kopfe, sehr zu empfehlen. Es scheint als ob der Trigeminus viel intensiver und länger der Einwirkung des Äthers, als der des Chloroforms unterliegt. Hat man nun zuerst mit Äther die Narkose eingeleitet, ist das Erbrechen beim Wechseln des Mittels vorübergegangen, dann genügen nur ein paar Züge aus der mit Chloroform befeuchteten Maske, um die Patienten immer wieder in Schlaf zu versenken.



Eine absolute Kontraindikation für die Anwendung reinen Chloroforms stellen bei uns Fälle von nachweisbarer Herzschwäche, unkompensierten Herzfehlern und Erkrankungen beider Nieren dar.

Hier tritt die Äthernarkose in ihre Rechte. Wir haben seit dem Jahre 1902 den Äther nur in Form der Tropfmethode verwendet und sind mit den Erfolgen äußerst zufrieden, ja es hat diese Methode, ihrer ganz geringen Folgeerscheinungen wegen, das Chloroform in vielen Fällen verdrängt.

Die Patienten erhalten eine halbe Stunde vor Beginn der Operation 0·015—0·02 Morphium subkutan, und nach Ablauf dieser Zeit beginnt man Äther auf eine gewöhnliche Schimmelbuschsche Maske aufzuträufeln, wobei die bei der Chloroformnarkose beschriebenen Verhaltungsmaßregeln auch hier volle Geltung behalten, d. h. der Beginn, von dem, unserer Meinung nach, der ganze übrige Verlauf der Narkose abhängt, wird möglichst schonend und fast unmerklich für den Patienten gestaltet. Im Gegensatz zum Chloroform tritt beim Äther die tiefe Betäubung später ein, denn meist ist der Verlauf so, daß die Patienten schon nach den ersten paar Zügen in tiefen Schlaf zu versinken scheinen, berührt man sie aber, so wachen sie sofort wieder auf. Daher darf man sich durch das scheinbare Einschlafen nicht täuschen, sondern muß ruhig weiter Äther aufträufeln, bis ein nochmaliges Heben und Senken des Armes die volle Erschlaffung der willkürlichen Muskulatur kundgibt. Dieser Zeitpunkt tritt ein nach Verbrauch von etwa 50—60 *g* des Narkotikums, selten waren wir genötigt, mehr zu verbrauchen. Der durchschnittliche Verbrauch von Äther bei einer Dauer der Operation von 30 Minuten bis zu 2 Stunden ergab 50—200 *g*, wobei die persönliche Eigenart des Patienten, sein Temperament, eine große Rolle spielt. Leicht erregbare Patienten, kräftige Konstitutionen in den mittleren Jahren reagieren sehr schwer auf Äther, ebenso Kinder; vorzüglich dagegen ruhige, phlegmatische Personen, schwächliche Kranke und Leute über 50 Jahre. Das Erbrechen während und nach der Operation ist minimal, die Patienten haben schon eine Stunde nach der Narkose kaum irgend welche Beschwerden, die man auf Rechnung des Äthers setzen könnte, und nur der oft tagelang bestehende Aldehydgeruch bei der Exspiration macht sich unliebsam bemerkbar. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 5, 1908.)

III. Aus der Praxis.

M. v. Brun berichtet über die neueren Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der **Hautdesinfektion** durch Verwendung des **reinen 96%igen Alkohols** als einzigen Desinfektionsmittels. Dabei handelt es sich um das Prinzip, die Keime, die man doch nicht sicher entfernen kann, für die Dauer der Operation festzulegen. Dies ist eine Folge der schrumpfenden Wirkung des Alkohols. Denn der Alkohol härtet die Hautoberfläche so, daß diese keine Keime nach außen abgibt. Er bewirkt also gleichsam eine Scheindesinfektion. Die weitere Verfolgung dieses Gedankens des Festhaltens der Bakterien an Ort und Stelle führt nun dazu, die mechanische Reinigung und das Aufweichen der Epidermis als etwas Schädliches zu verwerfen. Je mehr man seife, bürste und wasche, um so mehr kämen die in der Tiefe der Haut sitzenden Keime zum Vorschein. Aber es kommt nicht nur darauf an, die Bakterien möglichst ruhig in ihren Schlupfwinkeln zu belassen und sie durch die schrumpfende Wirkung des Alkohols noch weiter festzulegen, sondern auch noch ganz besonders, diese Alkoholwirkung möglichst lange zu erhalten: Denn die Alkoholwirkung läßt nach und der Bakteriengehalt der Hände steigt dementsprechend wieder, wenn man durch Aufweichen der Haut den Alkohol aus ihr entfernt und die Epidermis lockert. Schon nach fünf Minuten beginnt unter diesen Umständen die Keimabgabe, die sich mit zunehmender Aufweichung steigert. Diese Aufweichung der Haut der Hände wird hintangehalten, wenn man im Dampf sterilisierte und mit einer reichlichen Menge von Talkum eingepuderte Gummihandschuhe trägt. Eine Aufweichung von Schweiß ist dabei nicht zu fürchten, denn dessen Menge ist zu gering, besonders da er durch das Talkum aufgesogen wird. Die Alkoholdesinfektion besteht also in einem einzigen Akt von fünf Minuten Dauer, wobei die Haut der Hände und des Operationsfeldes mittels eines in Gaze eingehüllten, sterilen Wattebausches schonend abgerieben wird. Eine Waschung mit Seife usw. und damit eine Aufweichung der Haut unterbleibt, aber natürlich nur unmittelbar vor dieser Alkoholdesinfektion. Sonst muß dagegen eine sorgfältige Händereinigung in der Zwischenzeit, namentlich nach einer beschmutzenden Berührung, selbstverständlich stattfinden. Noch besser vermeide man diese nach Möglichkeit. Denn durch eine allzu häufig vorgenommene energische mechanische Reinigung leidet die Haut. Jede Rhagade aber ist eine weit größere Gefahr für die Wunde, als ein paar harmlose Hautkeime in der Tiefe der Haut, denn an solchen pathologischen Hautstellen (Rhagaden) siedeln sich gerade die pathogenen Keime an und wuchern besonders üppig. Die einzige Belästigung der Haut der Hände nach einer sehr häufigen Alkoholabreibung ist eine zu starke Verarmung an Fett, das sich aber durch Einfetten der Hände über Nacht leicht wieder ersetzen läßt. (Münch. med. Wochenschr. Nr. 17, 1908.)

*

Herz weist darauf hin, wie sehr in den letzten Jahren der Begriff der **Arteriosklerose** sich geändert hat. Eine Verkalkung sämtlicher Körperarterien gibt es nicht. Die Arteriosklerose ist eine Abnutzungskrankheit, deshalb beobachtet man bei körperlich schwer arbeitenden Menschen Arteriosklerose der Gefäße der oberen Extremitäten, bei angestrengt geistig arbeitenden Leuten Sklerosierung der Hinarterien. Überanstrengung des Herzens verbunden mit Depressionen, Kummer, Emotionen führt zur Koronarsklerose. Bei hochgradiger Veränderung der Aorta können subjektive Beschwerden fehlen. In ätiologischer Beziehung sind am wichtigsten: Abusus von Alkohol und Tabak, Gicht, Diabetes, Lues, Adipositas, sowie dauernde Erregungen des Nervensystems. Oppressionsgefühle spielen bei der Aortensklerose eine bedeutende Rolle. Die Brustbeschwerden treten oft nach der Mahlzeit, vor dem Schlafengehen auf oder z. B. beim Verlassen des Hauses, auf der Straße hauptsächlich bei Wind. Ein Zusammenhang mit atmosphärischen Einflüssen ist auffallend. Eine Schlängelung und Rigidität der Temporalis hat für die Diagnose wenig Wert, sie kommt auch bei gesunden, jugendlichen Personen vor. Wichtiger ist das Symptom der Pulsverlangsamung. Pulsus celer kann nicht nur auf eine Aorteninsuffizienz, sondern auch auf eine Erweiterung des Anfangsteiles der Aorta hinweisen. Ein sehr hoher Blutdruck spricht für arteriosklerotische Schrumpfniere. Pulsationen über der Klavikula hauptsächlich rechts deuten auf ein Aneurysma des Aortenbogens hin. Ein nach links verlagerter Spitzenstoß spricht nicht absolut für eine Vergrößerung des Herzens, weil durch Verlängerung einer arteriosklerotischen Aorta eine Querlagerung des Herzens verursacht wird. Unter solchen Umständen ist die Beweglichkeit des Herzens größer als normal, was durch Lagewechsel konstatiert werden kann.

Dem Kranken muß womöglich die Affektion seiner Gefäße nicht mit Namen genannt werden. Die Abnutzung seines Gefäßsystems muß auf ein Minimum beschränkt werden. Durch zu strenge Diätvorschriften, Verbot des schwarzen Fleisches, des Tees, des Kaffees, des Tabaks wird oft mehr geschadet als genützt, weil das Allgemeinbefinden besonders bei älteren Leuten dadurch in hohem Grade gestört werden kann. Einschränkung einer gewohnten mäßigen Flüssigkeitsmende ist sinnlos; geringe Mengen Alkohol sind harmlos. Jodkali wird am besten in steigender Dosis bis 1·5 *g* pro die gegeben. Von den anderen Jodpräparaten empfiehlt Herz am meisten Jodipin in Pastillenform. Manchmal leistet eine Kur mit Karlsbader Mühlbrunn oder ein Klimawechsel gute Dienste. Sehr zweckmäßig erweisen sich die Kohlensäurebäder sowie das elektrische Vierzellenbad. (Allg. Wiener med. Ztg.)



Erben macht auf zwei Symptome bei der **peripheren Ischias** aufmerksam, die von differentialdiagnostischer Bedeutung sind. Das erste Symptom besteht darin, daß die Schmerzen auf Reizungen der Bauchpresse (Niesen, Husten) sich steigern. Das zweite Symptom ist dadurch charakterisiert, daß, wenn der Ischiadiker sich bückt, der untere Teil der Wirbelsäule steif bleibt, die Darmfortsätze nicht hervortreten (das Zurückbleiben der Bewegung der Wirbelsäule ist eine Folge des Schmerzes).

IV. Notizen.

Die Anmeldungen zu der von der „Vereinigung Karlsbader Ärzte“ arrangierten, seinerzeit gemeldeten **ärztlichen Studienreise** auf der „Thalia“ sind bereits so zahlreich eingelaufen, daß die Durchführung der Reise nunmehr gesichert erscheint. Im Anschlusse an die zurückgelegte Seereise beginnt am 6. Dezember ab Desenzano die Reise durch Tirol, die zirka eine Woche an Zeit beanspruchen wird. Während des Aufenthaltes in Tirol sind sämtliche Kollegen und ihre mitreisenden Damen Gäste des Landes Tirol. Die wenigen noch verfügbaren Schiffsplätze werden auch jetzt noch an Kollegen, die mitzureisen wünschen, abgegeben. Anmeldungen und Anfragen sind an den Geschäftsführer des Reisekomitees der „Vereinigung Karlsbader Ärzte“, Herrn Dr. med. Hugo Stark, Karlsbad, zu richten.

Paris. Vom 30. September bis 3. Oktober 1908 wird hier der **Erste internationale Kongreß für Urologie** tagen. Auf demselben sind folgende Referate zur Diskussion gestellt: 1. Pathologie und Therapie der Anurie. Referenten: Kümmel, Hamburg, Watson, Boston, Achard, Paris. 2. Harnverhaltung ohne mechanisches Hindernis. Referenten: v. Frankl-Hochwart, Wien, Albarran und Nogués, Paris, d'Hoenens, Brüssel, 3. Physiologie und Pathologie der Prostata. Referenten: Posner, Berlin, Pardoe, London, Haberern, Budapest. 4. Die operative Indikationsstellung bei Nierentuberkulose. Referenten: Ceccherelli, Parma, Brongersma, Amsterdam, Guisy, Athen, Heresco, Bukarest. Anläßlich des Kongresses veranstalten die französischen Kollegen den Mitgliedern der internationalen Gesellschaft für Urologie eine Reihe hervorragender Feste.

V. Eingesendet.

Konkursausschreibung.

Primararztesstelle.

Im Status der Abteilungsvorstände der Wiener k. k. Krankenanstalten ist eine Primararztesstelle II. Klasse, zugleich Vorstandes einer medizinischen Abteilung mit dem Range der VIII. und den Bezügen der IX. Rangsklasse, d. i. dem Gehalte jährlicher K 2800 mit vier Triennalzulagen zu je K 200 und der Aktivitätszulage jährlicher K 1200 zu besetzen. Bewerber um diese Stelle haben ihren vorschriftsmäßig gestempelten Gesuchen den Tauf- oder Geburtsschein, den Heimatsschein, das Diplom über die Erlangung des Doktorgrades der gesamten Heilkunde an einer österreichischen Universität sowie die sonstigen Dienstesdokumente und Nachweise über ihre theoretische und praktische Vorbildung anzuschließen. Die Gesuche sind, wenn die Bewerber bereits im öffentlichen Dienste stehen, im Wege der vorgesetzten Dienstbehörde, sonst unter Anschluß eines amtsärztlichen Gesundheitszeugnisses, sowie eines legalen Sittenzeugnisses unmittelbar bei der Einlaufstelle der k. k. nied.-öst. Statthalterei (I., Herrengasse 11) bis spätestens 30. September 1908 einzubringen.

Wien, am 18. September 1908.

Von der k. k. nied.-öst. Statthalterei.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1907 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck bereits vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—**; nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—**.

Medizinischer Zeitungsverlag

Telephon 3511/IV. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Arhovin bei Gonorrhoe.

Arhovin ist das einzige für die innere Gonorrhoe-Therapie indizierte Mittel, das frei ist von jeder schädlichen Nebenwirkung, das einzige, das trotz langer Darreichung niemals Nierenreizung oder Magenbeschwerden hervorruft.

Die gleiche Bedeutung hat

Arhovin bei Cystitis und Bakteriurie.

Arhovin — selbst kein Balsamikum — ist frei von allen den Balsamicis anhaftenden Nachteilen.

Therapie der Gegenwart No. VI, Berlin 1906. — Dr. Herrnfeld (fr. Assistent am K. k. Allgem. Krankenhaus, Wien) berichtet: Die durchaus günstigen Resultate lassen eine Anempfehlung des Arhovin für die Gonorrhoe-Therapie vollkommen gerechtfertigt erscheinen. Wenn in einigen Fällen abwechslungshalber Ol santali gereicht wurde, so kam es öfter vor, dass Patienten von selbst über Aufstossen und Verdauungsstörungen klagten und Arhovin dem Sandelöl vorzogen.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sex. Hygiene No. 10. — Leipzig 1907. Dr, Coblenzer: „Ähnlich wie in vorstehenden 6 Fällen erwies sich auch bei jeder weiteren Gonorrhoe-Erkrankung, die mir zur Beobachtung kam, Arhovin als ein vorzügliches inneres Unterstützungsmittel bei der Behandlung akuter und chronischer Zustände, das niemals irgend welche Reizerscheinungen machte und den Patienten in keinem einzigen Falle auch nur die geringsten Beschwerden seitens des Verdauungsapparates oder anderer Organe verursachte. Ich halte demnach das Arhovin für das beste innere Antigonorrhoicum, über das wir zur Zeit verfügen.“

Deutsche med. Presse No. 24. — Berlin 1907. Dr. Bodenstein: »Unsere volle Aufmerksamkeit jedoch gebührt einem Mittel, welches bei dem völligen Mangel von Nebenwirkungen hervorragend anaesthesierend, entwicklungshemmend und harnsäuernd wirkt: dem Arhovin. Sämtliche bisherigen Untersucher bestätigen einmütig die auf Arhovin folgende Erhöhung der Azidität des Harns und die ausserordentlich entwicklungshemmende Wirkung, welche sich schon aus seinem geradezu spezifischen Effekt auf Gonorrhoe ergibt. Ganz auffallend ist seine beruhigende und anaesthesierende Wirkung und sein prompter Einfluss in dieser Richtung so unverkennbar, dass die Patienten selbst zufolge des raschen Machlassens der Schmerzen gleich zu dem Mittel Vertrauen fassen.

Ich habe also stets ausgezeichnete Erfolge erzielt, wenn ich 3—6 mal täglich 1—2 Arhovinkapseln à 0,25 g bei gleichzeitiger Darreichung einer Abkochung von gleichen Teilen Herba Herniarie und Herba Chenopod. Ambrosiadis $^1/_4$ bis $^1/_3$ Liter pro Dosi, auf deren unterstützende diuretische Wirkung bereits v. Zeissl hingewiesen hat, nehmen liess. Hiedurch erzielte ich eine vollkommene Durchspülung des ganzen Urogenitaltraktes. In besonders hartnäckigen Fällen lässt sich allerdings eine Lokalbehandlung nicht umgehen (4 von 32 Fällen).

Nach diesen Erfahrungen stehe ich nicht an, das Arhovin als ein ausgezeichnetes Antizysticum zu klassifizieren.“

Was leistet Arhovin?

1) Arhovin erhöht die Azidität des Urins und klärt denselben auf;
2) es beschränkt die Sekretion und hemmt die Entwicklung der Bakterien in spec. Gonokokken (siehe Berliner klin. Wochenschrift No. 25, 1906);
3) es wirkt anaesthesierend auf die ganze Urogenitalsphäre; es beseitigt das Brennen beim Urinieren und die schmerzhaften Erektionen.

Welche Vorteile bietet das Arhovin

(neben einer lokalen Therapie*) gegenüber den Balsamicis?

1) Die Schmerzen, welche häufig die lokale Behandlung hervorruft, werden durch Arhovin gelindert. 2) Dadurch, dass es den Boden für die Entwicklung der Gonokokken ungeeignet macht, trägt es dazu bei, ein Übergreifen des Prozesses auf die hintere Harnröhre zu verhüten, daher Komplikationen zu vermeiden. 3) Eine Reihe namhafter Autoren haben den Eindruck gewonnen, dass unter Arhovindarreichung die gefürchteten gonorrhoischen Gelenkaffektionen und Endokarditiden erheblich seltener sind, ja sogar (wo sie vorher auftraten) in kurzem verschwanden. 4) Das Allgemeinbefinden der Patienten wird bei Arhovindarreichung durch Ausschaltung schmerzhafter Sensationen gehoben und dadurch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erhalten. 5) Der bei den Balsamicis so unangenehme halor ex ore (welcher den Betreffenden als Tripperkranken verrät) tritt bei Arhovin auch bei höchsten Dosen nicht auf. 6) Arhovin kann jederzeit, auch bei schwachem Magen gegeben werden, selbst dann, wenn der Magen durch Balsamica erkrankt war.

Akute und chronische Urethritis gonorrhoica, anterior et posterior, Prostatitis chronica, Cystitis et Pyelitis gonorrhoica et nongonorrhoica, Vulvitis, Bartholinitis. **Prophylaktisch gegen gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endokarditiden.**

Rp.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) à 30 Stck. = 2 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) á 50 Stck. = 3 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (1 0,25 g) à 15 Stck. = 1 Mk. (für Kassen).
Dosierung: Drei bis sechsmal täglich ein bis zwei Kapseln

*) **Lokale Therapie:** In Fällen, in welchen die bekannten lokalen Mittel im Stiche lassen, wird mit Erfolg (siehe Literatur) die Arhovin-Ölinjektion verwendet: Rp. Arhovin 2,00 Ol. Olivar 98,00 S. 3 × täglich 1 Spritze.

Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten zu Diensten.

Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. **XXXI. Jahrgang.** **LEIPZIG.**

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 41. Wien, 10. Oktober 1908. **Nr. 41.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über die Extraktion der Kinder bei Steißgeburten ohne Entwickelung der Arme nach Mueller.*)

Von **Dr. Nikolaus Cukor** (Franzensbad-Wien.)

Es ist sonderbar, daß — obgleich man in den letzten Jahrzehnten bei der Ausführung geburtshilflicher Operationen immer bestrebt war, die manuellen Eingriffe möglichst einzuschränken, um der damit verbundenen Infektionsgefahr zu entgehen — eine die Gefahr der Infektion so herabsetzende Operation, wie die Extraktion nach A. Mueller so lange Zeit ganz vergessen bleiben konnte.

Es ist noch sonderbarer, daß ein auf deutschem Boden erdachter, so wichtiger Vorschlag zur Zeit der Überproduktivität wissenschaftlicher Betätigung und zur Zeit des fast unberechtigt eifrigen operativen Nachprüfens durch ein Dezennium ohne klinische Nachprüfung geblieben ist.

Vor 10 Jahren, am 18. Februar 1898, machte A. Mueller in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu München den Vorschlag, bei Extraktionen am Beckenende die Lösung der Arme als überflüssig zu unterlassen und die Entwicklung des Kindes durch die von ihm angegebene Methode auszuführen, die er bei 188 Extraktionen am Beckenende, darunter 100 nach Wendungen aus Kopf- und Schieflagen mit 17 bezw. 8% Mortalität der Kinder angewandt hat. Bei den Beobachtungen über das Verhalten der Arme bei Extraktionen hatte A. Mueller gefunden, daß bei der Ausführung der Extraktion, wenn Schwierigkeiten überhaupt vorkommen, die Haltung der Arme nebensächlich ist, ob sie hängen oder hinaufgeschlagen sind, hingegen der springende Punkt bei der Extraktion die Behandlung der Schultern sei, — ein Umstand, welcher niemals genügend beachtet worden ist. Nur der alte Rosshirt-Kiwisch'sche Handgriff nimmt die Schulter direkt zum Angriffspunkt, ohne sich indessen des Grundes bewußt zu sein. Jedoch der breite biakromiale Durchmesser ist es, welcher nach Mueller beim Durchtritte der oberen Extremitäten das hauptsächlichste Hindernis verursacht. Diesem Gesichtspunkte Rechnung tragend, suchte A. Mueller bei Extraktionen vor allem eine Schulter in die Beckenhöhle zu leiten, und zwar die vordere, welche dann, sobald sie in das Becken eingetreten ist — auch durch den Beckenausgang unter der Symphyse vorantritt. Ist also eine Schulter in das Becken getreten, so gestalten sich die Verhältnisse für das Passieren des Schultergürtels durch die Beckenabschnitte viel günstiger als sonst, denn das Kind kann statt mit dem breiten biakromialen Durchmesser mit dem um eine Schulterreihe kürzeren kolliakromialen Durchmesser durch den Beckeneingang gezogen werden.

Die Ausführung einer Extraktion am Beckenende gestaltet sich also nach A. Mueller wie folgt:

Man zieht den mit beiden Händen regelrecht gefaßten, auf die Kante gestellten Rumpf des Kindes vertikal stark nach abwärts (I. Traktion); dadurch kommt die vordere Schulter in die Beckenhöhle, von hier unter die Symphyse, und der vordere Arm fällt meistens spontan in die Vulva, oder kann durch leises Abstreichen mit dem Zeigefinger vor die Vulva geholt werden. Dann hebt man den noch immer auf der Kante gehaltenen Rumpf ziehend mäßig stark nach aufwärts (II. Traktion), wodurch auch die rückwärtige Schulter in die Beckenhöhle hinabgleitet und der rückwärtige Arm spontan geboren wird. — Seltener geschieht es, daß beim ersten Senken der vordere Arm nicht geboren, bezw. die vordere Schulter nicht unter die Symphyse getreten ist, und kommt die hintere Schulter als erste in die Beckenhöhle, so ist eine III. Traktion, ein nochmaliges starkes Senken des Rumpfes, nötig, wodurch dann die vordere Schulter als zweite extrahiert wird. Ich möchte zur A. Muellerschen Extraktion folgende kurze Erläuterung hinzufügen.

Es ist ein vorderer und ein rückwärtiger kolloakromialer Durchmesser voneinander zu unterscheiden. In diesem Falle, wenn die vordere Schulter zuerst unter die Symphyse gelangt, wird das Kind mit dem hinteren kolloakromialen Durchmesser durch den Beckeneingang gezogen, — wenn aber erst die hintere Schulter in das Becken kommt, so kommt das Kind mit dem vorderen kolloakromialen Durchmesser durch den Beckeneingang. Also je nachdem die vordere oder rückwärtige Schulter als erste in das Becken gelangt, wird das Kind bei dem nächsten Heben oder Senken mit dem rückwärtigen oder vorderen, d. h. mit dem entgegengesetzten kolloakromialen Durchmesser den Beckeneingang passieren.

Darum möchte ich die zwei Arten des Mechanismus voneinander unterscheiden, mit welchem auch die Verschiedenartigkeit der ausführbaren Operation abhängt. Als

*) Vortrag, gehalten am 20. Februar 1908 in der Sitzung des gynäk. Vereins zu München.



normale ist es zu betrachten, wenn die vordere Schulter zuerst unter die Symphyse kommt und bei der nächsten Traktion der größere Teil des Schultergürtels mit dem hinteren kolloakromialen Durchmesser den Eingang passiert, seltener kommt es vor, daß die rückwärtige Schulter als erste in die Beckenhöhle gelangt und die übrigen Teile des Schultergürtels durch die darauf folgende Traktion mit dem vorderen kolloakromialen Durchmesser durch den Beckeneingang geführt werden. Meistens sind zwei Traktionen genügend, selten drei oder mehr. Wenn in diesen seltenen und schweren Fällen wiederholte Pendelbewegungen, wiederholtes Senken und Heben nötig sind, so werden durch diese abwechselnden Traktionen, abwechselnde Züge auf die vordere und hintere Schulter ausgeübt, und der Schultergürtel gelangt auch pendelartig mit wechselnden kolloakromialen Durchmessern durch die Beckenabschnitte. Darin liegt der große Vorteil der Methode auch bei größeren räumlichen Mißverhältnissen.

Die Muellersche, in der Ausführung so einfache Methode, die nur selten erfolglos bleibt, ist wegen des Zeitgewinnes für das Kind von äußerst großem Vorteil. Ebenso bedeutend ist für die Mutter die Vermeidung oder Verminderung einer Infektionsgefahr, da die Finger in die Vagina nicht eindringen müssen. Die Gefahr, daß die Arme ihre Haltung verändern könnten, verliert bei dieser Methode an Bedeutung, denn wir wollen nur das bezwecken, daß die Schultern und nicht die Arme durch den Eingang gelangen, und wie die Erfahrung gelehrt hat, macht die Schulterbehandlung die Armlösung meistens überflüssig, — denn die Arme folgen den Schultern infolge des Tonus ihrer Muskulatur und des Druckes der Beckenwandung.

Bei größeren räumlichen Mißverhältnissen kann es jedoch vorkommen, daß das wiederholte Heben und Senken des Kindes für das Entwickeln der Arme erfolglos bleibt oder nur ein Arm mit den Muellerschen Handgriffen gelöst werden kann. In diesem Falle können wir sofort zur klassischen Armlösung schreiten, da die Muellerschen Handgriffe weder die klassische Armlösung ausschließen, noch deren Chancen verschlechtern. Wenn mit Muellerschen Handgriffen nur ein Arm entwickelt werden kann, so wird schon das auch eine erhebliche Erleichterung bieten für die anzuschließende nötig gewordene klassische Armlösung. Die Muellersche Methode ist in jenen Fällen erfolglos, in welchen der Rumpf des Kindes vor der Traktion überhaupt nicht auf die Kante gestellt werden kann, d. h. wenn der Rücken des Kindes nach vorn und der Bauch nach hinten gerichtet bleibt. Hier gelangt die vordere Schulter nicht unter die Symphyse, und auch die rückwärtige Schulter kann nicht in das Becken treten, der biakromiale Durchmesser bleibt quer, und die Arme bleiben stecken. Für diesen ganz extremsten Fall hat A. Mueller die Kleidorrhexis empfohlen, die absichtliche Fraktur des Schlüsselbeines durch gewaltsames Herabziehen des Kindes. Jedoch in diesen ganz seltenen Fällen bleibt es jedem Geburtshelfer frei, die Kleidorrhexis nach Mueller oder die hohe Armlösung nach Fritsch anzuwenden. Aber dieser weitere Vorschlag von A. Mueller ist von seiner eigentlichen Methode ganz zu trennen. Mueller hat unter 104 Extraktionen viermal Kleidorrhexis angewandt.

(Fortsetzung folgt.)

Meine Beobachtungen über Kephaldol.

Von **Dr. Leo Szamek**, Assistent der Kuranstalt Gutenbrunn.

Ich habe nicht die Absicht, einen ausführlichen Artikel über das seit längerer Zeit in Verwendung stehende Antipyretikum und Antineuralgikum „Kephaldol“ zur Publikation zu bringen; zumal die Literatur über dieses Präparat sich von Tag zu Tag häuft. Ich erlaube mir nur, angeregt durch die Empfehlungen Prof. v. Noordens, sowie durch die ausgezeichnete in der „Wiener klinischen Wochenschrift“ 1906 Nr. 33 erschienenen Monographie meines verehrten Kollegen Fritsch, auch meine Erfahrungen, die ich im Laufe der Zeit über dieses moderne Präparat gesammelt habe, hier wiederzugeben.

Ich bin weit davon entfernt, die Arbeit Fritsch einer Kritik zu unterziehen; was ich nur bemerken möchte, ist, daß dem Kephaldol in seiner Eigenschaft als Antineuralgikum ein viel zu kleiner Spielraum bemessen ist. Da alle unsere offizinellen und usuellen Antipyretika auch eine antineuralgische Komponente aufweisen, nahm es mich Wunder, daß ein so ausgezeichnetes Fiebermittel, wie es das Kephaldol ist, als Antineuralgikum nicht mehr Verwendung finden sollte.

Bei meinen Versuchen schlug ich somit vorwiegend diese Richtung ein und verwendete das Kephaldol bei den sensiblen Reizerscheinungen der Tabes, bei Neuralgien der peripheren Nerven, bei Hemikramie usw. und zwar mit dem denkbar besten Erfolge.

Zur Illustration mögen folgende Fälle dienen:

Fall I. F. R., 52 Jahre alt. Diagnose: Tabes dorsal. mit den typischen lanzinierenden Schmerzen, die weder auf Pyramidon, Phenazetin usw., noch durch den elektrischen Strom im Vierzellenbad wesentlich beeinflußt werden konnten. Ich verordnete Kephaldol in der Tagesdosis von 3 *g*. Nach kurzer Zeit ließen die Schmerzen nach und konnten jedesmal durch eine einmalige Dosis von 1 *g* prompt koupiert werden.

Fall II. Baron M., 35 Jahre alt. Diagnose: Ischias. Pat. führt sein Leiden auf eine Verkühlung zurück. Mannigfaltige Kuren wie Schwefel-, Schlamm- und Heißluftbäder linderten den Zustand halbwegs; trotzdem exazerbierten die Schmerzen im Beine von Zeit zu Zeit. Ich gab im Anfalle 1—2 *g* Kephaldol und konnte ein vollständiges Nachlassen der Schmerzen konstatieren.

Fall III. E. v. M., 34 Jahre alt. Diagnose: Neuritis intercostalis. Heftige Schmerzen, die ungemeine Intensität erreichten und den Patienten mitunter am lauten Sprechen, an der tiefen Inspiration hinderten. Therapeutisch wurde neben den entsprechenden hydropatischen Kuren Kephaldol gegeben; die erste Woche sechsmal täglich 0·5 *g*, dann dreimal täglich 0·5 *g*. Der Zustand besserte sich zusehends. Nach vier Wochen verließ der Patient geheilt unsere Anstalt.

Nebenwirkungen konnte ich in keinem der von mir beobachteten Fälle konstatieren. Nie bestanden subjektive Symptome von Seite des Herzens; der Blutdruck, gemessen mit dem Tonometer nach Gärtner, zeigte keine Veränderung der Norm gegenüber und auch der Harn wies nie pathologische Bestandteile auf.

Auf Grund meiner Beobachtungen komme ich nun zur Überzeugung, daß dem Kephaldol eine hervorragende Stellung in unserem Arzneischatze gebührt und ich kann dasselbe jedem Kollegen zur Verordnung aufs wärmste empfehlen.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Interna. — 13. österreichischer Ärztekammertag in Prag.)

Wenn eine wirkliche Besserung der sozialärztlichen Lage eintreten soll, so müssen nicht nur die öffentlichen Faktoren ihr Verhalten den Ärzten gegenüber ändern, sondern auch die Ärzte selbst, wenn sie über die Anstellung von Kollegen zu entscheiden haben.

So schreibt das Wiener medizinische Doktorenkollegium eine Sekundararztstelle für das Karolinen-Kinderspital aus. Mit dieser Stelle ist ein Jahresgehalt von 1080 K nebst Verpflegung (ausgenommen die Abendkost) und Wohnung verbunden.

Wir fragen nun, wie kann das Doktorenkollegium einem Kollegen zumuten, mit 1080 K zu leben? Denn eine freie Praxis daneben auszuüben ist einem Sekundararzt untersagt und unmöglich. Auch ein Arzt ist ein Mensch und trifft als solcher nicht das Kunststück, von einer Summe zu leben, von der selbst ein Briefträger oder Hausmeister nicht standesgemäß leben kann. Wir wissen wohl, daß das Karolinenspital mit einem Defizit zu kämpfen hat; deshalb bezieht es von



der Kommune 5000 K Subvention. Aber muß denn immer dieses Defizit auf dem Rücken der Ärzte ausgetragen werden und müssen Ärzte selbst zu dieser Ausbeutung des Standes die Hände bieten?

Dasselbe gilt für eine Ausschreibung des Steierischen Vereines zur Bekämpfung der Tuberkulose in Graz. Derselbe bietet seinem zweiten Hausarzt in der Anstalt in Hörgas 1000 K, sage und schreibe 1000 K. Da er aber fürchtet, für diese Lapalie keinen Arzt zu bekommen, entblödet sich dieser Verein, einem Mediziner höheren Semesters diese Stelle anzubieten. (Siehe Wiener klin. Wochenschr., Inserat.) Dies ist eine krasse Gesetzesverletzung. Und wenn die Ärztekammer sich einmal wirklich nützlich erweisen will, so soll sie dieser neuesten Art der Lohndrückerei ein Ende machen. Es ist noch nicht lange her, daß man einen armen Teufel in Hernals, einen Mediziner, zu einer empfindlichen Strafe verurteilte, weil er Rezepte verschrieb. Und hier traut sich ein Verein, in dessen Ausschuß sicher auch Ärzte sitzen, vor aller Welt einem nicht graduierten Mediziner die Stelle eines Hausarztes anzubieten.

Die Verhandlungen des Prager Ärztekammertages wurden mit einem Referat des Dr. Gottlieb Pick (Aussig) über die Reform der Arbeiterkrankenkassenversicherung eingeleitet. Dr. Pick verlangt in deren Namen vor allem, daß bei einer Einkommensgrenze von 2400 Kronen die Versicherungspflicht aufhöre, höchstens für Wien könne ein höherer Betrag zugestanden werden. Tatsächlich möge das Vertragsverhältnis zu den Krankenkassen dahin reformiert werden, daß die Ärzte höhere Honorare und besseren Rechtsschutz erhalten. Daher soll auch die freie Ärztewahl gesetzlich statuiert werden, bei der an Stelle der bisherigen Massen- die individuelle Behandlung trete. Die Krankenkassen werden mit erhöhten Ausgaben für ärztliche Hilfe rechnen müssen. Die zweckmäßigste Art der Bezahlung wäre die Honorierung der Einzelleistungen oder ein Kopfpauschale für das Mitglied oder den Erkrankungsfall. In der von dem Referenten vorgelegten Resolution wird zunächst gesagt, daß sich die Hoffnungen der Ärzte auf Berücksichtigung ihrer Wünsche bezüglich der Reform des Arbeiterkrankenversicherungsgesetzes nicht erfüllt hätten. Die geringen Zugeständnisse seien durch den Arbeitsbeirat wieder aus dem Entwurf entfernt worden. Die Berechnung der Ausgaben für ärztliche Hilfe — heißt es weiter — hat unter den Ärzten große Erbitterung hervorgerufen. Eine diesbezügliche Resolution schließt mit den Worten: „Falls unsere mäßigen, berechtigten und wohlbegründeten Forderungen nicht erfüllt werden, so werden wir zur Selbsthilfe greifen."

Der Präsident der niederösterreichischen Ärztekammer Dr. List empfahl, zu den vom Referenten aufgestellten Forderungen noch die von der Reichsorganisation erhobene Forderung der Familienversicherung als Zusatz aufzunehmen. Der Antrag List und die Anträge des Referenten wurden einstimmig angenommen. Dr. Thenen (Wien) sprach über die Unfall- und Haftpflichtversicherung und die Haltung der Versicherungsinstitute gegenüber den Forderungen der Ärzte. Er begründete die Notwendigkeit der Errichtung eines eigenen Versicherungsinstituts der Ärzteschaft. Ein diesbezüglicher Antrag wurde ebenfalls angenommen.

Es gelangte zunächst die Titelfrage der Ärzte zur Erörterung. Referent Dr. Schlöhmicher betonte die Wichtigkeit der Titelfrage. Einerseits dürfe das Publikum durch Titel, welche sich manche Ärzte beilegen und aus denen es mit Recht eine besondere Qualifikation des betreffenden Arztes zu ersehen geneigt ist, nicht irregeleitet werden; andererseits aber sollen auch die Ärzte gegen jene Kollegen geschützt werden, die gewisse Titel ohne Berechtigung führen, oder sich eines Titels, den sie legalerweise führen dürfen, solcher Weise dem Publikum gegenüber bedienen, daß daraus unlauterer Wettbewerb resultiert. Sch. stellte folgende Anträge: 1. Jeder Arzt darf den Doktortitel nur derart gebrauchen, wie er ihm aus dem Wortlaut seines Diploms zukommt. Die Bezeichnung „gewesener Arzt oder gewesener Frequentant einer Klinik oder Abteilung" muß als durchaus unstatthaft bezeichnet werden, da daraus nicht hervorgeht, daß der betreffende Arzt eine besondere Ausbildung in dem bezeichneten Fache besitzt. Dagegen kann sich ein Arzt sowohl „klinischer Assistent oder gewesener Sekundararzt" usw. nennen, wenn ihm dieser Titel durch Dekret verliehen wurde. Der Referent stellt mehrere Anträge in bezug auf den Gebrauch anderer Titel. Die Durchführung der in Rede stehenden Bestimmungen kann teils nur im Wege der Ärztestandesordnung, teils aber auch durch behördliche Anordnung erfolgen. Die Ärztekammer soll berechtigt sein, alle Fälle, in welchen zu ihrer Kenntnis kommt, daß ein Arzt sich eines unberechtigten Titels bedient, den betreffenden Arzt auf das Unstatthafte seines Verhaltens aufmerksam zu machen. Falls dies keinen Erfolg haben sollte, so muß die Ärztekammer entweder die Anzeige an die politische Behörde erstatten oder im eigenen Wirkungskreis vorgehen.

Dazu stellte Dr. Heinrich Grün folgenden Antrag: Der Ärztekammertag möge beschließen: Die Ärztekammern werden a) bezüglich der Frage der Führung unberechtigter und reklamehafter Titel, welche sich einige Ärzte beilegen, eine Bestimmung in die Standesordnung aufnehmen, b) über die Frage der Führung von spezialärztlichen Titeln ihre Vorschläge an den Geschäftsausschuß erstatten, welcher sie an den Obersten Sanitätsrat, die Regierung und die freie ärztliche parlamentarische Vereinigung zu überreichen hätte.

Dieser Antrag wurde angenommen. Über den weiteren Verlauf berichten wir in der folgenden Nummer.

Dritter Kongreß der Gesellschaft für experimentelle Psychologie.

Frankfurt, 21. bis 25. April.

(Fortsetzung.)

Am nächsten Tage wurden folgende Vorträge gehalten: Dürr, Bern, Über die experimentelle Untersuchung der Denkvorgänge; Specht, München, Über das pathologische Verhalten der Aufmerksamkeit; Michotte, Löwen, Gedächtnisversuche mit mehrfachen Assoziationseinrichtungen; Guttmann, Berlin, Farbensinn und Malerei; Stern, Breslau, Zur Entwicklung der Raumwahrnehmung beim Kinde, Farbensinn und Malerei; Alrutz, Upsala, Halbspontane Erscheinungen in der Hypnose; Thumb, Marburg, Über Assoziationsversuche im Dienste der Sprachwissenschaft; Menzerath, Düren, Psychologische Untersuchungen zur sprachlichen Kontamination.

Der erste Vortrag des zweiten Sitzungstages wurde gehalten von Professor Plaßmann, Münster. Er behandelte die Beziehungen zwischen der Astronomie und der Psychologie. Besonders ausführlich ging er ein auf die Tatsache, daß eines der wichtigsten Gesetze der Psychologie, das sogenannte Webersche Gesetz den Astronomen bekannt war, lange bevor es für die Psychologie entdeckt wurde. Schon die Lichtschätzungen an veränderlichen Sternen nach der Methode von Argelander enthielten dieses Gesetz insofern, als sie Helligkeitsunterschiede in Stufen einteilten, die mit der heute sogenannten Unterschiedsschwelle, dem eben merklichen Unterschied, zusammenfallen. Schon Argelander bestimmte also ganz wie später Fechner größere Unterschiede dadurch, daß er sie als Vielfache eines eben merklichen Unterschiedes darstellte. Auch die Ungültigkeit des Weber-Fechnerschen Gesetzes bei sehr hohen und sehr niedrigen Intensitäten und manche andere hieher gehörige Tatsache ist den Astronomen seit langem bekannt. Interessant war ferner der Hinweis Plaßmanns auf die astronomische Behandlung psychologisch bedeutsamer Schätzungsfehler. Schließlich betonte der Vortragende auf Grund seiner Ausführungen den Wert einer systematisch durchgeführten psychologischen Ausnützung des ungeheueren in astronomischen Tabellen und Handbüchern angesammelten Materiales.

An den Vortrag schloß sich eine interessante Diskussion an, in welcher Prof. Müller, Göttingen, Prof. Ebbinghaus,



Halle und Privatdozent Dr. Geiger, München, die Frage behandelten, ob die vielumstrittene Fechnersche Deutung des Weberschen Gesetzes in den von Plaßmann dargelegten Befunden irgendwelche Stütze finde oder nicht.

Es folgt der Vortrag von Professor Ach, Königsberg. Er berichtet über eine Methode zur Untersuchung der simultanen Assoziationen, indem er ausging von den Schwierigkeiten, die einer derartigen Untersuchung im Wege standen. Unter einer simultanen Assoziation versteht Ach die Verknüpfung, die zwischen zwei nur simultan, nicht außerdem auch sukzessiv auftretenden Bewußtseinsinhalten gestiftet wird. Da wir das gleichzeitig Dargebotene in der Regel sukzessiv durchmustern, so wird die Bildung von Simultanassoziationen fast immer durch das Entstehen von Sukzessivassoziationen kompliziert. Diese Schwierigkeit hat Ach dadurch überwunden, daß er eine Reihe von optischen Reizkomplexen herstellt, indem er an vier Bestandteilen, aus denen sich jeder Komplex zusammensetzt, *a*, *b*, *c*, *d*, alle möglichen, also 24 Permutationen vornahm. Er exponierte jede Reihe, die demnach aus 24 verschiedenen Anordnungen der gleichen Elemente bestand, mehrmals so, daß immer nur je eine Anordnung (ein Komplex) gesehen wurde. Durch den beständigen Wechsel der Anordnung wurde bewirkt, daß allfällig entstehende sukzessive Assoziationen sich gegenseitig aufhoben. Ferner hat Ach bei seiner Untersuchung dafür gesorgt, daß der einzelne Komplex nur kurze Zeit (bis $^1/_5$ Sekunde) exponiert wurde. Zu diesem Zwecke hat er einen eigenen „Serienapparat" konstruiert, der eine Kombination darstellt zwischen einem Apparat mit ruckweiser Vorwärtsbewegung der Reizeindrücke und einem Tachistoskop. Die Reizkomplexe hat er aus indifferenten, aber gleichartigen Elementen, die verschieden gefärbt sind, zusammengesetzt.

Die Stärke der durch diese Versuchsanordnung gestifteten simultanen Assoziationen hat Ach dann durch ein gleichfalls sehr sinnreich ausgedachtes Verfahren gemessen. Er ist dabei zu interessanten Ergebnissen gelangt, von denen er besonders dies betont, daß eine Reihe von Gesetzen, die bisher für sukzessiven Assoziationen gefunden worden sind, auch für simultane Assoziationen gelten. Für die Zukunft stellte der Vortragende weitere Erkenntnisse in Aussicht, die sich mittels dieser Methode gewinnen lassen, so namentlich einen tieferen Einblick in den Vorgang des Wiedererkennens, in welchem, wie nach den bereits vorliegenden Achschen Befunden behauptet werden kann, die simultanen Assoziationen eine prävalierende Rolle spielen. Der Vortrag Achs wurde ergänzt durch eine Demonstration schematischer Zeichnungen der technischen Anordnung und zugehörigen Versuchstabellen.

Der folgende Vortrag, von Prof. Aall, Christiania, behandelte das schwierige Problem des „Maßstabes beim Tiefsehen". Mit Hilfe eines besonders von ihm konstruierten Apparates, der eine Vergleichung zweier hintereinander dargebotener Tiefenabstände unter verschiedenen Bedingungen ermöglicht, hat Aall zahlreiche Versuche angestellt, durch welche die Heringsche Theorie von der angeborenen Tiefenfunktion der Doppelnetzhaut bestätigt wird. Was den (subjektiven) Maßstab beim Tiefsehen anlangt, so zeigen die Beobachtungen Aalls, daß derselbe sich mit der scheinbaren Entfernung des jeweiligen Fixationspunktes vom Beobachter ändert.

Den Schluß der Vormittagsverhandlungen bildete der Vortrag von Professor Marbe, Frankfurt, der „Die Verwendung rußender Flammen in der Psychologie und ihren Grenzgebieten" zum Gegenstand hatte. Marbe referierte zunächst kurz über die Sieversschen sprachmelodischen Untersuchungen, sowie über schon veröffentlichte, von Marbe, Unser und Lipsky herrührende Arbeiten, die sich auf den Rhythmus der Prosa beriefen, und zeigte, wie ihn seine Bemühungen um eine Vervollkommnung der Technik und Methodik sprachmelodischer Untersuchung zur Erfindung seiner Rußmethode führten, auf welcher der von ihm konstruierte Sprachmelodieapparat beruht. Werden nämlich die Schwingungen, aus welchen die menschliche Stimme besteht, auf eine rußende Flamme übertragen, durch deren Spitze ein Papierstreifen hindurchgezogen wird, so erhält man bei jeder Schwingung einen Rußring auf dem Papierstreifen. Auf eine zweite Flamme werden die Schwingungen einer Stimmgabel (von 100 Schw. pro Sek.) übertragen. Auch diese Flamme liefert auf dem Papierstreifen Rußringe. Durch Vergleichung der sehr leicht abzählbaren Ringe der beiden Flammen kann man dann den Verlauf der Melodie der gesprochenen Rede bestimmen. Die Rußmethode eignet sich auch zur Aufnahme der menschlichen Hertöne (wozu sie durch den Kliniker Roos in Freiburg i. Br. bereits verwendet wurde), sowie für chronographische Untersuchungen aus den Gebieten der Psychologie, Physik und Elektrotechnik. Eine Reihe von Experimenten, in denen Marbe Rußbilder herstellte und dieselben mit Hilfe des Projektionsapparates sogleich der Versammlung demonstrierte, bewies die Einfachheit und Zweckmäßigkeit des sinnvoll ausgedachten Verfahrens. Die von Marbe erwähnten Rußapparate befinden sich in der Ausstellung der Apparate und können von seinem Institutsmechaniker, Herrn Fr. David Joos (Jordanstraße 17) bezogen werden.

Den ersten Vortrag dieser dritten Vormittagssitzung hielt Prof. Dr. Dürr, Bern; er hatte zum Gegenstand die experimentelle Untersuchung der Denkvorgänge. Der Vortragende gab zunächst eine kurze Übersicht über die Entwicklung der experimentellen Forschung auf diesem Gebiet. Hierauf suchte er zu zeigen, daß und warum der bisher in der Hauptsache eingeschlagene Weg nicht die Probleme gelöst hat, die dem Referenten und einzelnen der früheren Forscher als die wichtigsten erscheinen. Er wies darauf hin, daß der Begriff Denken im gewöhnlichen Sprachgebrauch mehrdeutig ist und unterschied besonders zwei Bedeutungen, die sich unter den spezielleren Bezeichnungen „denken an etwas" und „Nachdenken über etwas" einander gegenüberstellen lassen. Die psychologische Untersuchung des „Denkens an etwas", des einzelnen Gedankens im Gegensatz zum Denkverlauf, ist es, die bisher nicht zu ganz befriedigenden Resultaten geführt zu haben scheint. Die bisherigen Beobachter beschrieben nach Ansicht des Referenten mehr oder weniger, was, nicht wie gedacht wird. Der einzige Weg, auf dem zu einer psychologischen Erkenntnis vom „Wie" des Gedankens zu gelangen ist, scheint dem Vortragenden derjenige zu sein, auf welchem die Denkerlebnisse mit anderweitigen Bewußtseinsinhalten verglichen werden können. Gedanken sind nicht Vorstellungen und haben nichts gemein mit den Bestandteilen der Vorstellungen, die, man in der Psychologie als Empfindungen bezeichnet. In dieser Auffassung stimmt der Vortragende vollkommen überein mit seinen Vorarbeitern. Zu einer positiven Auffassung vom Wesen des Gedankens aber glaubt er dadurch zu gelangen, daß er auf Bestandteile hinweist, die neben den Empfindungen in den Vorstellungen vorhanden sind. Diese Bestandteile, das Raum-, Zeit-, Vergleichs- und Einheitsbewußtsein, losgelöst von den Empfindungen, bilden seiner Meinung nach das Wesen des abstrakten, unanschaulichen Gedankens. Zum Schluß seiner Ausführungen gibt der Vortragende eine kurze Darstellung der Methode, durch die, wie er glaubt, eine Nachprüfung seiner Auffassung ermöglicht wird. (Schluß folgt.)

Internationaler Kongreß für Rettungswesen.

(Fortsetzung und Schluß.)

Dr. med. Tempel, München, sprach über den Transport Verletzter und Kranker mittels eines Automobils. Aus der Diskussion sind besonders die Ausführungen des Generalarztes Dr. Villaret, Berlin, interessant in bezug auf die Fähigkeit der Chauffeure. Eine der ersten Anforderungen, die an einen Chauffeur zu stellen sind, ist die eines ungestörten, normalen Sehvermögens. Wie wenig darauf bisher geachtet ist, geht daraus hervor, daß Leute bei der Musterung für den Militärdienst wegen ungenügender Sehschärfe untauglich befunden wurden, aber in ihrem Zivilberuf Chauffeure waren. Daß das zu Unfällen führen muß, ist klar, wo der Chauffeur imstande sein muß, blitzschnell die Situation zu erfassen. Ob



das Automobil zum Transport von Verwundeten im Kriegsfalle verwendbar ist, erscheint dem Redner recht fraglich.

Einen interessanten Vortrag hielt S. Osborn über „Erste Hilfe in London“. Vor allen Dingen ist es die Polizeimannschaft, welche die erste Hilfe leistet. Der Polizei ist das Recht einer beschränkten oder oberflächlichen Diagnose eingeräumt, um festzustellen, ob ein Unglücksfall von geringer Bedeutung vorliegt, oder ob ärztliche Hilfe requiriert werden muß und ob eine Hand- oder Pferdeambulanz notwendig ist. Das Publikum im allgemeinen besitzt nicht unbedeutende Kenntnis in der Leistung erster Hilfe und unterstützt zu Zeiten die Polizei in ihrer Arbeit. Instruktionen in der Leistung erster Hilfe werden von zwei Körperschaften erteilt: von dem St. John Ambulanzverein und dem Londoner Grafschaftsrat durch Vorträge, die von für diese Zwecke qualifizierten Ärzten gehalten werden. Um sicher zu sein, daß die einmal erworbenen Kenntnisse auch nicht vergessen sind, wird eine Nachprüfung abgehalten und der Kandidat erhält eine Schnalle, die das Jahr einer solchen Nachprüfung trägt; die Schnalle wird über der Medaille getragen. Die Nachprüfungen finden in Zwischenräumen von je einem Jahre statt.

Dr. Jellinek sprach über: erste Hilfe bei elektrischen Unfällen. Der Redner ist zurzeit zweifellos der beste Kenner dieses Gebietes, so daß seine Ausführungen besonderes Interesse verdienen. Die Gefährlichkeit einer elektrischen Stromanlage findet in der Spannungsgröße ihren beiläufigen Ausdruck. Spannungen von 50 Volt und niedriger müssen als gefährlich bezeichnet werden. Dr. Jellinek besprach dann die verschiedenen Faktoren, die für die Gefährlichkeit in Betracht kommen, äußere und individuelle. Gleichstrom erscheint vom hygienischen Standpunkt aus gefährlicher als Wechselstrom. Der Redner stellte zum Schluß den Antrag, eine Kommission zur Ausarbeitung eines Regulativs für sachgemäßes Eingreifen bei Unfällen in elektrischen Betrieben zu ernennen und dieses Regulativ den auf dem Kongreß vertretenen Staaten zu überreichen. In der Diskussion empfahl Dr. Gilbert, Dresden, den Antrag der permanenten internationalen Kommission für Rettungswesen zu überweisen, was von der Versammlung akzeptiert wurde.

Über bergmännisches Rettungswesen im Licht der Bergpolizeiverordnungen verschiedener Staaten sprach Bergingenieur Dr. Hagemann, Herne. Die für das bergmännische Rettungswesen getroffenen Einrichtungen und Vorkehrungen sollen in ihrer Gesamtheit dazu beitragen, den durch das Vorhandensein von giftigen und unatembaren Gasen, von Schlagwettern und Kohlenstaub, von brenn- und explodierbaren Stoffen, für Menschen und Eigentum bestehenden Gefahren rechtzeitig vorzubeugen und im Ernstfalle diesen mit Aussicht auf Erfolg entgegenzutreten. Das bergmännische Rettungswesen gliedert sich demnach in seinen Hauptzügen in 1. Kenntnis der Gefahrenquelle, 2. vorbeugende und verhütende Maßnahmen, 3. Angriffs- und Verteidigungsmittel. Über Tag kommen in der Hauptsache in Betracht: die Bauausführungen der Betriebsgebäude, der Umgang mit Beleuchtung, Heizung und brennbaren Stoffen, unter Tag: die Beschaffenheit und Ausstattung der Füllörter, Maschinenkammern, Pferdeställe, Materialniederlagen, Bewetterung der Baue, Vorkehrung für eine schnelle Verständigung zwischen allen Teilen des über- und untertägigen Betriebes durch Fernsprecher usw. Die Jahre 1906 und 1907 mit ihren großen Grubenkatastrophen stellen einen Wendepunkt im bergmännischen Rettungswesen dar. Vor dieser Zeit haben sich lediglich die Bergpolizeiverordnungen verschiedener deutscher Staaten mit der Bearbeitung des bergmännischen Rettungswesens befaßt; Holland, Frankreich und Rußland sind erst in neuerer Zeit dem deutschen Vorbild gefolgt. Der Redner gab eine Übersicht über die in den deutschen Einzelstaaten und europäischen Ländern bestehenden Verordnungen und meinte zum Schluß, man dürfe auf dem Gebiet des bergmännischen Rettungswesens ebensowenig dem Fatalismus als dem Fanatismus huldigen.

Oberingenieur Dönitz, Leipzig, erörterte die Bedeutung der selbsttätigen Feuermelder. Durch alle bisher üblichen, unausgesetzt verbesserten Einrichtungen ist, wie die Statistik lehrt, eine Einschränkung des Feuers nicht erreicht worden. Ein Erfolg nach dieser Richtung kann nur erzielt werden, wenn dafür gesorgt wird, daß die bestgeregelte Löschhilfe unmittelbar nach dem Entstehen eines Brandes in Wirksamkeit tritt. Bei Anwendung der bekannten öffentlichen Feuermeldeanlagen wird das Feuer zu spät gemeldet. Es ist notwendig, den kleinsten im Entstehen begriffenen Brand zu alarmieren. Selbsttätige Feuermelderanlagen alarmieren jede gefährliche Temperaturerhöhung selbsttätig und rechtzeitig ohne jede Mittelsperson und sind als die wirksamsten und zuverlässigsten Feuerverhütungseinrichtungen zur Einschränkung der Großfeuer zu bezeichnen. Bei Anwendung bewährter selbsttätiger Feuermelder wird ein Brand in seiner frühesten Entwicklung gemeldet, so daß die Rettung anwesender Menschen in dicht bevölkerten Gebäuden möglich wird. Die Einführung guter, selbsttätiger Feuermelder ist aus sozialen Gründen, namentlich in dichtbevölkerten Gebäuden, wie Theatern, Hotels, Kasernen, Krankenhäusern, Warenhäusern und in feuergefährlichen Betrieben einzuführen. Vizeadmiral Livanus, Berlin, betonte, daß die Rettung von Menschenleben vor allem im Auge behalten werden muß. Er beschrieb einen Apparat, der bezweckt, die Rettungsarbeit vor Eintreffen der Feuerwehr zu bewerkstelligen.

In der Abteilung für Ausbildung von Nichtärzten in der ersten Hilfe sprach Dr. Joseph, Berlin, über Samariterunterricht und freiwillige Kriegskrankenpflege. Der Vortragende, Direktor der Unfallstation vom Roten Kreuz in Berlin, führte aus, daß durch Ergänzung seiner Ausbildung sich jeder Samariter diejenigen Kenntnisse verschaffen kann, die von einem freiwilligen Helfer oder einer freiwilligen Helferin in der Kriegskrankenpflege verlangt werden und daß durch Anschluß der Samariterschulen, der staatlichen, kommunalen, Verkehrs- und industriellen Einrichtungen an die Organisationen des Roten Kreuzes sich die Zahl der freiwilligen Krankenpfleger und Pflegerinnen im Kriege wesentlich vermehren lassen würde. Zur Diskussion sprachen zehn Redner, die über die Einrichtungen in dieser Beziehung in den Städten, in denen sie wohnen, sich verbreiteten.

Über das Samariterwesen in der Schweiz berichtete Sahli, Bern, sehr ausführlich. — Interessante Mitteilungen machte Dr. O. Marcus, Frankfurt a. M., über Erfahrungen bei der Ausbildung von Volksschülern in der ersten Hilfe bei Unglücksfällen. Zur Ausbildung gelangten nur zur Entlassung kommende Schüler. Die Ausbildung verursachte keinerlei Störung des Unterrichtes; der beaufsichtigende Lehrer wurde bald ein Anhänger dieses Unterrichtes. Antworten, Verbände und die sonstige Technik der jungen Samariter waren gute. Indem wir die zumeist kleinen und kleinsten Verhältnissen entstammenden Schüler mit den ihnen am meisten im Berufsleben drohenden Gefahren vertraut machen und ihnen die Abwehr derselben zeigen, gewinnen wir ihr Herz und tragen zur Ausgleichung der Klassenunterschiede bei. Durch richtige Ausbildung von seiten des Arztes wird der Kurpfuscherei am besten entgegengearbeitet. Es ist zu hoffen, daß der Samariterunterricht in Bälde sich Eingang in die Schulen verschaffen wird. Am besten können Turn- und Naturkundeunterricht dazu benutzt werden.

Dr, Jordy, Bern, erwähnte, daß auch in der Schweiz die Einführung des Samariterunterrichtes in der letzten Klasse der Mittelschulen beschlossen worden sei, und betonte die Wichtigkeit desselben für die moderne Erziehung. In Bern ist der Unterricht schon seit langem als integrierender Bestandteil in das Lehrprogramm des Lehrerinnenseminars aufgenommen. Lehrer Eger, Berlin, sprach sich gegen die Verlegung des Unterrichtes in die Volksschulen aus und wünschte denselben in den Haushaltungs-, Koch- und Fortbildungsschulen. Lehrer Katherey, Ohligs, meinte, daß durch den Unterricht in hygienischen Fragen an den Volksschulen, denen 96% der Bevölkerung ihre Bildung verdanken, das Verständnis für erste Hilfeleistung geweckt werde. Dr. Plettner, Dresden, war entschieden gegen die obligatorische Einführung



des Samariterunterrichtes in den Volksschulen; sie kann fakultativ geschehen bei möglichst hochgestellter Altersgrenze der Lernenden.

Ein ähnliches Thema behandelte Dr. Kowalzig, Kiel: Samariterkurse in Kiel. Ferner sprach Dr. A. Tscherbina, Moskau, über erste Hilfe an den Staatsbahnen Rußlands durch Personen nichtärztlichen Berufes. Die erste von Nothelfern geleistete Hilfe bei Unfällen und plötzlichen Erkrankungen auf Eisenbahnen ist als höchst zweckmäßig anzuerkennen. Der Unterricht für erste Hilfeleistung für die Bahnbeamten muß als ständiger bei Krankenhäusern und als Wanderunterricht eingeführt werden. Die Dauer des Unterrichtes beträgt mindestens zwei Monate. Diese Kurse unterstehen der Leitung des Medizinalpersonals der Bahn. Es wäre wünschenswert, von den für den Eisenbahndienst sich meldenden ein Zeugnis über Teilnahme am Unterrichte in der ersten Hilfe bei Unfällen zu verlangen. Es wäre von großer Bedeutung, in das Programm der Lehrfächer aller Schulen Vorlesungen über die erste Hilfeleistung bei Unfällen, die Krankenpflege und die Hygiene einzuführen. Eine weitverbreitete und regelrechte Organisation der ersten Hilfe bei Unfällen bewirkt für die Bahnverwaltung große Ersparnisse an Schadenersatz für Verunglückte und Verletzte.

II. Literaturauszüge.

Über den Wert der Röntgendiagnostik der Frühtuberkulose der Lunge. Von Prof. Dr. Paul Krause, Jena.

Bei einem größeren Betriebe, besonders wenn es sich um ambulante Kranke handelt, ist die Röntgendurchleuchtung in erster Linie anzuwenden, die Röntgenphotographie kostet zu viel Geld und Zeit und ist deshalb nur für besondere Fälle zu reservieren. Will man die Schirmuntersuchung in richtiger, gewinnbringender Weise ausüben, so müssen folgende Punkte Berücksichtigung finden:

1. Das Untersuchungszimmer muß in vollkommenster Weise verdunkelt werden können; eine Untersuchung in einem Zimmer, in welchem man durch einfallendes Tageslicht alle Gegenstände erkennen kann, ist durchaus unzureichend und meiner Meinung nach unmöglich, trotzdem sah ich in einigen Röntgenlaboratorien auch in dem letzten Jahre noch, daß diese wichtige Vorbedingung zum Gelingen einer Untersuchung nicht vollständig erfüllt war.

2. Die Röntgenröhre muß in einem vollständig lichtdichten Kasten untergebracht sein, so daß das fluoreszierende Licht der Röntgenröhre vollständig verdeckt wird.

Die früher gebräuchliche Abdeckung der Röntgenröhre mit Hilfe eines schwarzen Tuches erweist sich als völlig unzureichend. Auch die Unterbringung der Röntgenröhre in einer Pappschachtel oder hinter einem Schirme ist ungenügend.

Will man feinste Unterschiede im Fluoreszenzlichte des Röntgenschirmes machen, so ist es unbedingt erforderlich, daß keinerlei andere Lichterscheinungen störend eingreifen; trotz in Betrieb befindlicher Röhre muß also das Zimmer völlig dunkel bleiben.

3. Der Durchleuchtungskasten muß zum Schutze gegen schädliche Einwirkungen der Röngenstrahlen im Interesse des Patienten und des Untersuchers mit Bleischutz versehen sein.

4. Der Kasten muß leicht beweglich aufgehängt sein, um die Röhre ohne Mühe verschieben zu können.

5. Es muß eine möglichst gute Blendeneinrichtung angebracht sein, nach meinen Erfahrungen ist die Schlitzblende für Lungenspitzendurchleuchtungen den Rundblendern bedeutend überlegen.

Daß ein guter, hellleuchtender Baryumplatinzianürschirm dazu gehört, um gute Ergebnisse zu erhalten, ist selbstverständlich, ebenso daß das Auge des Untersuchers ausgeruht sein muß, so daß es sich der Dunkelheit völlig adaptiert hat. Gegen letzteres wird häufig von uns allen gefehlt, da die Zeit zum Warten in dem eiligen Getriebe einer größeren Klinik oder Poliklinik fehlt. Und doch muß bei zweifelhaften Untersuchungsresultaten die Zeit gefunden werden; man sollte wenigstens 3—5 Minuten im dunklen Zimmer, je nachdem man aus hellerem oder weniger hellerem Tageslicht kommt, die Netzhaut ausruhen lassen, ehe man zur Untersuchung schreitet; die Fähigkeit, auf dem Röntgenschirme feine Unterschiede zu sehen, wird durch diesen kleinen Zeitverlust sehr erheblich gesteigert.

Muß die Röntgenphotographie angewandt werden, so tut man nach dem Vorgange von Albers-Schönberg gut daran, Blendenaufnahmen anzufertigen; wenn möglich, in dorso-ventralen und ventro-dorsalen Durchmesser. In der letzten Zeit verwandte ich mit Vorteil den von Albers-Schönberg angegebenen Untersuchungsstuhl für die Aufnahmen: erst wurden mit der Schlitzblende die Lungenspitzen in sitzender Stellung des Kranken in bester Weise eingestellt, nach erfolgter Fixation die Platte eingesetzt und bei vollbelasteter Röhre 15—20 Sekunden exponiert. Doch geben auch Rundblendenaufnahmen gute Resultate.

II.

Da wir bei der Frühtuberkulose erwachsener Lungenkranker eine Helligkeitsdifferenz der Lungenspitzen erwarten, ist es erwünscht und wertvoll, darüber Bescheid zu wissen, ob bei Menschen, bei denen wir mittels einwandfreier Perkussion und Auskultation keine Differenz in bezug auf den Spitzenbefund finden, Differenzen betreffend die Helligkeit und Ausdehnung der Lungenspitzen vorhanden.

K. erinnert kurz daran, daß es fraglos Umstände gibt, welche bewirken, daß normale Lungenspitzen bei der Röntgendurchleuchtung dunkel erscheinen. Dazu gehören:

1. Veränderungen des Integuments (Skleroderme, Ödeme der Haut).

2. Starke Vermehrung des subkutanen Fettgewebes (allgemeine Adipositas, Lipombildung).

3. Vergrößerte, verkäste, indurierte, verkalkte Lymphdrüsen, welche in der Fossa supraclavicularis oder in den oberflächlichen, respektive tiefen Nachenregionen gelegen sind.

4. Auffallend stark entwickelte Muskulatur; ist sie auf der rechten Seite besonders stärker, als links, so ergibt sich daraus eine auch röntgenoskopisch nachweisbare Differenz.

5. Trotz Fehlens der Punkte 1—4 sieht man hin und wieder dunkle Lungenspitzen, infolge davon, daß der Schatten der Klavikula und der beiden ersten Rippen sich decken, oder die Lungenspitzen auffallend tief stehen.

Wenn man diese Ausführungen berücksichtigt, wird man vor der Urteilsfällung (oder sogar wenn man allein zu untersuchen hat, vor der Röntgendurchleuchtung überhaupt) über des Ausfall des Röntgenbefundes eine genaue Inspektion und Palpation vornehmen, um die Fehlerquellen zu vermeiden.

Nach K.'s Erfahrungen bestehen aber auch bei nicht nachweislich Lungenkranken, bei denen diese Fehlerquellen auszuschließen sind, geringe Unterschiede in bezug auf die Helligkeit der Lungenspitzen. Sie sind zwar nur gering, doch werden sie K. in Zukunft regelmäßig veranlassen, in zweifelhaften Fällen die röntgenoskopische Untersuchung durch das Röntgenogramm zu kontrollieren. Auch in bezug auf die Ausdehnung und den Höhenstand der Lungenspitzen finden sich bei der Röntgenuntersuchung geringe Differenzen bei nachweislich nicht Lungenkranken.

K. stellt schließlich folgende Leitsätze auf:

A. Was leistet die Röntgenuntersuchung bei der Frühtuberkulose der Erwachsenen.

1. Perkussorisch nachweisbare infiltrative Prozesse der Spitzen, die eine gewisse Ausdehnung haben, geben bei der Durchleuchtung einen mehr oder minder tiefen Schatten.

Die Röntgenuntersuchung ist insofern der klinischen häufig überlegen, als sie dartue, daß der Prozeß in vielen Fällen ausgedehnter sei, als vermutet wurde.

2. Perkussorisch nicht oder nur unsicher nachweisbare Infiltrationen können häufig durch die Durchleuchtung oder bei zweifelhaftem Durchleuchtungsresultate sicher noch durch die



Röntgenphotographie (Blendenaufnahme) nachgewiesen werden; auch hiebei wird nicht selten entdeckt, daß es sich um weiter fortgeschrittenere Fälle handelt, als erwartet wurde.

3. Rein katarrhalische Prozesse im Frühstadium sind weder röntgenoskopisch, noch röntgenographisch nachweisbar; bei länger bestehendem Katarrh sieht man infolge schlechteren Luftgehalts bei der Durchleuchtung dunklere Spitzen, welche sich inspiratorisch nicht aufhellen; bei praktisch wichtigen Fällen sollte stets die Photographie (Blendenaufnahme der Spitzen) herangezogen werden (häufig beginnende infiltrative Prozesse, welche auf andere Weise nicht nachweisbar sind).

4. Höhenstand der Lungenspitzen (in zweifelhaften Fällen orthodiagraphische Messungen) spielt nur bei Differenzen von $1-1^1/_2$ *cm* eine Rolle, Breite der Lungenspitzen ist noch nicht genügend röntgenographisch studiert, um diagnostisch Verwendung zu finden.

Die Verknöcherung der I. Rippe ist mittels Blendenaufnahmen gut nachweisbar und im Sinne Freunds als Zeichen bei der Frühtuberkulose zu verwenden.

Die respiratorische Aufhellung der Lungenspitzen, welche bei Gesunden vorhanden ist, fehlt häufig einseitig oder doppelseitig bei der Frühtuberkulose.

Die Zwerchfellbewegung ist vielfach mangelhaft; ein einseitiges Zurückbleiben des Zwerchfells auf der erkrankten Seite (Williamsches Phänomen) kann als besonderes Symptom nicht anerkannt werden und ist daher diagnostisch nicht zu verwerten (orthodiagraphische Messungen erforderlich).

Stellung der Rippenschatten im Röntgenbilde ist diagnostisch nicht oder nur mit Vorsicht zu verwenden.

B. Was leistet die Röntgenuntersuchung bei der Frühtuberkulose der Kinder und jugendlicher Personen.

In den meisten Fällen fehlen dabei Lungenspitzenbefunde; desto wichtiger ist der Nachweis der Veränderungen am Hilusschatten (vergrößerte Bronchialdrüsenschatten infolge von Indurationen, Verkäsung, Verkalkung, infiltrative Prozesse in der Umgebung des Hilus und der Bronchien); recht häufig hat der Vortragende dabei das Bild der zentralen Pneumonie infolge Pneumokokkenmischinfekten gesehen, trotz Entfieberung geht röntgenoskopisch der Prozeß langsam weiter vorwärts und wird nach Wochen auch perkussorisch und auskultatorisch (und bakteriologisch) als Tuberkulose erkannt. (Med. Klinik Nr. 29.)

*

Indikationen und Kontraindikationen für balneotherapeutische Maßnahmen bei Erkrankungen des Gehörorgans. Von Prof. Dr. O. Brieger.

Für die entzündlichen Erkrankungen im Bereich des Mittelohrs kommt eine Allgemeinbehandlung nur dann in Frage, wenn der Prozeß entweder zu Rezidiven neigt oder gegenüber lokaler Therapie sich so refraktär verhält, daß man zu allgemeintherapeutischen Maßnahmen seine Zuflucht nimmt, um auf diesem Wege eine Verbesserung unvollständiger Resultate der Lokaltherapie anzustreben.

Im Kindesalter macht sich häufig eine Disposition zu rezidivierenden Mittelohrentzündungen geltend. Im Verlauf des ersten Lebensdezenniums, zuweilen auch noch einige Jahre darüber hinaus, erkranken solche Kinder in verschieden großen Zwischenräumen, oft mehrmals im Jahr an akuten exsudativen Mittelohrentzündungen, die zum Teil spontan wieder zurückgehen, häufiger erst nach einer mehr oder weniger langen Periode der Eiterung zur Heilung kommen. Untersucht man solche Kinder während der akuten Attacke, so findet man meist die Eintrittspforte der die Entzündung auslösenden Infektion im Nasenrachenraum an der Rachenmandel markiert, sei es unter Bildung einzelner Exsudatpfröpfe, aber häufiger unter Entwicklung eines diffusen, fibrinösen Belages oder aber auch in der Form stärkerer Rötung und Schwellung. In anfallfreien Zeiten zeigen solche Kinder meist eine relativ große „hyperplastische" Rachenmandel. Histologisch findet man in diesen Rachenmandeln, wenn man sie in einer Periode makroskopisch normalen Verhaltens exzidiert, nicht selten Pfröpfe in den Einsenkungen des Epithels oder Exsudate an der Oberfläche der Schleimhaut, selten Kalkpfröpfe in den Krypten, ausnahmsweise auch multiple Abszeßbildung, relativ häufig aber, entsprechend der raschen Vergänglichkeit der entzündlichen Prozesse in der Rachenmandel, das gewöhnliche anatomische Bild, das unabhängig von der Größe der Mandel, der „hyperplastischen" Rachenmandel, ebenso wie der normalen eigentümlich ist. Solche rezidivierenden Mittelohrentzündungen werden nach meinen Erfahrungen in der Mehrzahl der Fälle durch Exzision der Rachenmandel definitiv oder nur nach einigen wenigen, meist sehr viel milderen Ausläufern des Prozesses beseitigt. In einem gewissen nach meinen Erfahrungen kleinen Prozentsatz kehren aber diese Attacken der Mittelohrentzündung auch nach der Exzision der Rachenmandel immer noch wieder, um erst gegen die Mitte des zweiten Lebensdezenniums definitiv fortzubleiben. Diese Fälle gehören vermutlich in das Gebiet der exsudativen Diathese (Czerny). Solche Fälle sind es denn auch, bei denen eine Beeinflussung durch klimato- oder balneotherapeutische Maßnahmen besonders in Frage kommt.

Der Begriff der exsudativen Diathese kennzeichnet diese Formen weit zutreffender als der der Skrofulose, der sie früher wohl zugerechnet wurden, soweit sie in der Literatur überhaupt Beachtung gefunden haben. Mit Tuberkulose haben diese Prozeße nicht das mindeste zu tun. Die sogenannten latenten Tuberkulosen der Rachenmandel führen wohl gelegentlich zu gleichartigen Vorgängen im Mittelohr, lösen aber nach meinen Erfahrungen nie ein gleichartiges oder auch nur ähnliches Krankheitsbild aus.

Klinisch bieten diese Kinder das Bild, das früher als charakteristisch für Skrofulose galt. Für sie schienen Kuren in Solbädern besonders geeignet. Tatsächlich kommen oft genug auch günstige Resultate insofern zustande, als die Kinder nach Beendigung der Kur häufig, wenn auch bei weitem nicht immer, in ihrem Allgemeinzustand gebessert und von den Störungen, die vom Nasenrachenraum ausgehen, befreit erscheinen. Das Ergebnis der Kur in diesen Fällen ist indessen ein sehr vergängliches. Die Rezidive der Mittelohrentzündung bleiben nicht aus, sobald, zumal bei Eintritt klimatisch ungünstiger Verhältnisse, die Bedingungen zu erneuten Infektionen des Nasenrachenraumes geschaffen sind. Manchmal hat es allerdings den Anschein, als wenn durch solche Kuren, vorausgesetzt, daß alle lokaldisponierenden Zustände beseitigt sind, eine Steigerung der Widerstandsfähigkeit in dem Sinne zustande kommt, daß die Attacken seltener und leichter auftreten. Bei der Beurteilung des Nutzens mehrfach wiederholter Kuren in Solbädern ist zu berücksichtigen, daß mit zunehmendem Alter und günstiger Veränderung des Allgemeinzustandes, an sich eine Verminderung der Frequenz und der Stärke der Attacken eintritt.

Der Wert der Lokaltherapie in solchen Fällen soll nicht überschätzt werden. Gewiß ist zuzugeben, in der Therapie, wie sie unter dem Einfluß der Vorstellung, daß das Vorhandensein adenoider Vegetationen einen Krankheitszustand an sich darstellt, hier und da einseitig, schematisch vorgegangen wird. Gewiß ist es verkehrt, wenn bei etwas reichlicherer Entwicklung des adenoiden Polsters im Rachendach in dieser die Ursache aller möglichen Krankheitszustände erblickt und demgemäß operativ eingegriffen wird. Aber man kann andererseits nicht leugnen, daß durch eine auf verständige Indikationen hin vorgenommene Exzision solcher Rachenmandeln, welche nach ihrer Beschaffenheit und Größe zur Auslösung bestimmter Krankheitsvorgänge in ihrer unmittelbaren Nachbarschaft geeignet sind, erst die Voraussetzung für die Wirkung allgemeintherapeutischer Maßnahmen geschaffen wird.

Körner hat darauf hingewiesen, daß an der See Rachenmandelhyperplasien eine wesentliche Beeinflussung



nicht erfahren. Will man eine nützliche Wirkung des Aufenthaltes an der See erreichen, muß man vorher die Rachenmandel exzidieren. Auch dabei macht man die Erfahrung, daß Kinder mit rezidivierenden Mittelohrentzündungen, wenn sie nach Exzision der Rachenmandel an die See geschickt werden, weit eher von neuen Attacken verschont bleiben, als in früheren Jahren, in denen die Kur bei noch vorhandener Hyperplasie der Rachenmandel eingeleitet worden war.

Jessen berichtet über auffällig rasche Heilung alter chronischer Mittelohreiterungen im Hochgebirge — eine Beobachtung, welche ich ebenfalls gelegentlich bestätigen konnte. Diese Einwirkung auf einen oft nur scheinbar idiopathischen, lokalen Prozeß ist leicht verständlich. Unter dem Bilde chronischer Mittelohreiterungen spielen sich aber Prozesse ab, welche lokaler Beeinflussung relativ unzugänglich, schließlich rasch zur Heilung kommen, wenn die Träger des Krankheitsprozesses unter günstigen, ihre Resistenz steigernden Bedingungen versetzt werden. Nach Totalaufmeißelungen z. B. persistierte nicht selten eine Hypersekretion in den mit sezernierendem Epithel bekleideten Bezirken der Mittelohrräume, die rasch aufhören kann, wenn durch Aufenthalt in geeignetem Klima der Anlaß zur Fortdauer der Hypersekretion fortfällt. Gelegentlich kann eine solche günstige Beeinflussung z. B. beim Aufenthalt an der See dann zutage treten, wenn unter Einfluß der Kur eine neue akute Infektion eingetreten war. Heilungen chronischer, torpider Mittelohreiterungen nach interkurrenten frischen Infektionen sind auch sonst gelegentlich zu beobachten. Indessen ist die Wirkung solcher akuter „Exazerbationen“ weder so sicher noch so unbedenklich, daß man sie herbeiwünschen dürfte. Man tut vielmehr besser, jede möglichen prophylaktischen Maßnahmen gegen das Auftreten solcher Vorgänge an der See, insbesondere bei Kontinuitätstrennungen des Trommelfelles durch Schutz der Ohren gegen das Eindringen von Seewasser dringend anzuraten.

Unter dem Bilde gewöhnlicher chronischer Mittelohreiterungen kann sich, wie unter dem Bilde der gewöhnlichen Hyperplasie der Rachenmandel, Tuberkulose verbergen. Diese Ätiologie der chronischen Mittelohreiterungen kommt zumal im Kindesalter weit häufiger in Betracht, als man vielfach annimmt. Insbesondere ist in solchen Fällen, welche durch Totalaufmeißelung nicht zu vollkommener Heilung gebracht werden können, die Verzögerung der Heilung oft dem Vorhandensein „latenter“ tuberkulöser Herde zuzuschreiben, Vielleicht handelt es sich in einem Teil der Fälle, in denen der Aufenthalt an der See oder im Hochgebirge die Heilung hartnäckiger, lokaler Behandlung trotzender Mittelohreiterungen herbeigeführt hat, um solche „latente“ Tuberkulosen.

Weniger bei diesen Formen, als bei rezidivierenden, das Bild der „chronischen Mittelohreiterung“ zeigenden Mittelohrohreiterungen Erwachsener, wie sie bei Vorhandensein trockener Katarrhe der oberen Luftwege oder bei Ozäna auftreten, wirken jodhaltige Soolbäder bei lokaler wie allgemeiner Anwendung zuweilen nützlich, hauptsächlich wohl dadurch, daß durch sie die Rezidive der Mittelohreiterungen indizierenden Prozesse im Nasenrachenraum günstig beeinflußt werden.

Die gleiche Beeinflussung erfahren auch chronische, beziehungsweise rezidivierende Mittelohrkatarrhe mit oder ohne Transsudatbildung, wie sie bei chronischen Katarrhen insbesondere des Nasenrachenraumes häufiger auftreten. Solche Zustände, z. B. bei Gicht, werden durch Kuren in Thermalbädern, wirksamer noch nach meiner Erfahrung durch Anwendung von Moor- und Schlammbädern zuweilen günstig beeinflußt. Kranke, welche häufig an Tubenkatarrhen oder Paukentranssudaten litten, blieben längere Zeit davon verschont, nachdem sie Kuren in solchen Bädern unternommen hatten.

Bei solchen Kranken spielt die Beeinflussung des chronischen Nasenrachenkatarrhs, welcher die lokale Disposition zur Erkrankung des Mittelohres schafft, eine große Rolle. Über die Möglichkeit, chronische Nasenrachenkatarrhe klimatisch zu beeinflussen, gehen die Ansichten auseinander. Aufenthalt an der See habe ich nicht allzu wirksam gefunden; im günstigsten Fall geht die Einwirkung meist rasch vorüber. Nach meinen Erfahrungen werden solche Patienten durch den Aufenthalt im Hochgebirge, insbesondere bei einer längeren Winterkur, nachhaltiger beeinflußt. Daß die seit altersher beliebten Trink- und Inhalationskuren, allerdings mehr auf dem Wege gleichzeitiger lokaler Beeinflussung, nützlich wirken können, bedarf keiner Erwähnung.

Selbständige Erkrankungen des Gehörorgens, wie die Otosklerose, auf deren Ablauf das Verhalten des Nasenrachenraumes nur einen untergeordneten Einfluß ausübt, werden durch solche Bade- oder klimatische Kuren höchstens insoweit beeinflußt, als gewisse Symptome, insbesondere die subjektiven Gehörsempfindungen, gemildert werden können. Hier kommen besonders einerseits protrahierte Thermalbäder oder diaphoretische Maßnahmen unter Vermeidung stärkerer Kongestionierung des Kopfes, je nach dem Allgemeinzustand, auch Ableitungen auf den Darm (Kissingen, Marienbad usw.) in Betracht.

Ein gewisser Nutzen kann durch die letzterwähnten Kuren auch bei solchen Individuen besonders zustande kommen, bei denen neben meist geringfügigen, inkonstanten Hörstörungen und Schwindelgefühl, unter Abwesenheit objektiv auslösbarer Gleichgewichtsstörungen, subjektive Gehörsempfindungen bestehen. Bei solchen Patienten findet man nicht selten bei der Untersuchung des Blutes relativ erhebliche Erythrozytenwerte, welche sich gewöhnlich an der oberen Grenze der Normalzahl bewegen, also nicht eine eigentliche Polyzythämie anzeigen. Es ist bekannt, daß in solchen Fällen durch ausgiebige Blutentziehung am Warzenfortsatz, besser noch durch Aderlaß, subjektive Besserung auch in dem Sinne erreicht werden kann, daß die Kranken, bei denen oft eine mehr subjektive Schwerhörigkeit durch Druck- oder Verlegungsgefühl im Ohr ausgelöst wird, auch besser zu hören meinen. Anhaltende Geräusche können in Fällen dieser Art durch ableitende Kuren im Verein mit entsprechenden diätetischen Maßnahmen und ausgiebiger, dem Fall angepaßter aktiver und passiver körperlicher Arbeit nützlich wirken, während jede Lokalbehandlung versagt.

Weit unsicher ist die Einwirkung balneotherapeutischer Maßnahmen im umgekehrten Falle auf die subjektiven Gehörsempfindungen der Anämischen. Auch wenn die sonstigen Erscheinungen der Anämie und Chlorose unter dem Einfluß der Kur sich mildern, bleiben die subjektiven Geräusche meist unbeeinflußt.

Noch unsicherer, als die Aufstellung der Indikationen für balneotherapeutische Maßnahmen bei Ohrenkranken, ist die Feststellung solcher Erkrankungen des Gehörorgans, bei denen die Einleitung jedes oder eines bestimmten Behandlungsverfahrens dieser Art sich schädlich erweist und daher unzulässig ist. Im allgemeinen wirken eben Bade- oder klimatische Kuren auf das Gehörorgan mittelbar oder direkt nicht so kräftig ein, daß es wirklich stichhaltige Kontraindikationen gäbe. In der Literatur finden sich darüber Angaben, die, rein empirisch gewonnen, nicht allzu beweisend scheinen mögen. Aber man sieht doch, in Fällen, in denen der Patient gegen den Rat des Arztes gewisse Kuren unternimmt, daß diese älteren Erfahrungen, die zur Vorsicht mahnen, doch zu Recht bestehen, auch wenn die ungünstige Einwirkung, die dabei zustande zu kommen scheint, theoretisch schwer verständlich sein mag. Wenn man von gewissen hydrotherapeutischen Maßnahmen, denen man, wie z. B. Kopfduschen, in vielleicht zu weitgehender Weise einen ungünstigen Einfluß bei Ohrerkrankungen zuschreibt, absieht, bleiben eigentlich nur gewisse Vorsichtsmaßregeln bei Otosklerose als relativ sichere Kontraindikation übrig.

Schwartze hat besonders betont, daß durch Aufenthalt an der See die Sklerose ungünstig beeinflußt werden könne. Diese Einwirkung der See auf die Gestaltung des Verlaufs der Otosklerose ist natürlich keine regelmäßige. Manche Patienten kehren, gleichviel, wo sie ihren Aufenthalt genommen



hatten, in ihrem Zustand unbeeinflußt zurück. Aber wiederholt habe auch ich den Eindruck gewonnen, daß der Aufenthalt an der See nicht nur mit einer vorübergehenden Verstärkung der Ohrgeräusche, sondern auch mit einer Progredienz des Prozesses in dem Sinne, daß eine Hörverschlechterung sich anschloß, erkauft wurde. Es kommt dabei nicht darauf an, ob die Patienten baden.

Auch Seereisen können die gleiche Wirkung ausüben. Bei Mittelmeerreisen, auch bei Aufenthalt an der Mittelmeerküste scheint überdies eine solche Einwirkung seltener zustande zu kommen.

Weniger begründet scheint mir die Mahnung, Kranke mit Otosklerosen, bei denen ein Aufenthalt im Hochgebirge sonst notwendig erscheint, nicht über eine bestimmte mittlere Höhe herausgehen zu lassen. Der Aufenthalt im Hochgebirge wirkt nach meinen Erfahrungen auch in erheblichen Höhen, insbesondere auch wieder bei Winterkuren, besonders in dem Sinne günstig, daß die Kranken sich während der Dauer ihres Aufenthalts erheblich wohler fühlen und auch besser zu hören meinen. Sie müssen nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß sie, sobald sie das Hochgebirge verlassen und sich in Talregionen mit dichterer Luft begeben, leicht das Gefühl subjektiver Schwerhörigkeit bekommen können, das verschieden lange andauert und Beunruhigung schaffen kann. Eine wirkliche Verschlechterung des Gehörs im Verhältnis zur Hörfähigkeit während des Aufenthaltes auf der Höhe tritt dabei schwerlich ein. „Plethorische“ Patienten vertragen oft den Aufenthalt in erheblichen Höhenlagen schlecht, vielleicht unter dem Einfluß einer weiteren Vermehrung der roten Blutkörperchen, wie sie in der Höhe zustande kommen kann. Für solche Kranke mit starken subjektiven Gehörsempfindungen und Schwindelgefühl ist der Aufenthalt im Hochgebirge kontraindiziert. (Mediz. Klinik Nr. 29.)

III. Literatur.

Über **Scheffels Krankheit.** Mit einem Anhange: Kritische Bemerkungen über Pathographie. Von Dr. P. J. Möbius, Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1 Mk.

Die letzte Arbeit Möbius', aber ein ganzer Möbius. Ein wehmütiges Gefühl muß einen ergreifen, wenn man diese Arbeit liest und besonders die reichen Anregungen zur Kenntnis nimmt, die Möbius in den „kritischen Bemerkungen“ vorbringt. Was hätte ein so vielseitiger Geist, wie Möbius war, erst leisten können, wenn der Weg zum Katheder ihm offen gestanden wäre und er nicht sein ganzes Werk als einfacher „Dr.“ hätte leisten müssen. Aber die Originalität seiner Anschauungen vertrug sich schlecht mit den offiziellen Ansichten und deshalb blieb ihm jene Laufbahn, die manche Mittelmäßigkeit mit Glück ergreift, verschlossen. Freilich post mortem kommt auch seine Anerkennung, und heute ist an „Möbiusschülern“ kein Mangel. L. S.

IV. Aus der Praxis.

Zur Frage der **Stillfähigkeit** äußert sich Martin Nagel. Er sieht den wahren Grund für den anscheinend so hohen Prozentsatz von Milchmangel und Agalaktie allermeist in einer fehlerhaften Stilltechnik. Es ist ein weitverbreiteter unheilvoller Brauch, dem Kinde bei jeder Mahlzeit beide Brüste zu reichen. Das Kind trinkt die in den größeren Michgängen angesammelte Milch ab, trinkt die Brust aber niemals leer. Es kommt zur Milchstauung, die gar bald ein Versiegen des Sekretes zur Folge hat. Oft scheitern die ersten Stillversuche auch aus dem Grunde, weil das neugeborene Kind zu früh zum erstenmale angelegt wird. Man warte damit bis zum zweiten Tage, bis die starke Somnolenz, in die das Geburtstrauma das Kind versetzte, nachgelassen hat, und das Kind selbst durch Schreien sein Nahrungsbedürfnis äußert. Man bedenke aber, daß gar nicht so selten die Milch erst am fünften oder sechsten Tage post partum in die Brust einschießt, und hüte sich, vorzeitig an Stillunfähigheit zu glauben und zur künstlichen Ernährung überzugehen. Denn damit hat man alles verloren. Hat das Kind erst einmal empfunden, wie mühelos das Trinken aus der Flasche ist, so wird es sich weit schlechter zu der ungleich schwereren Saugarbeit an der Mutterbrust bequemen. Aus diesem Grunde soll man auch beim Allaitement mixte die Beinahrung durch eng gebohrte Pfropfen verabreichen, damit das Trinken aus der Flasche zur Arbeit wird, analog dem Trinken an der Frauenbrust. (Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 20, p. 1071.)

V. Notizen.

Die Schlafkrankheit schon im alten Testament erwähnt. Ein Dr. Ratner in Wiesbaden glaubt, gestützt auf eine Stelle in Exodus 23, V. 28 und einige Parallelstellen, annehmen zu dürfen, daß die Trypanosomiasis, entstanden, wie zuerst von Ayres Kopke nachgewiesen und von Koch bestätigt worden ist, durch Übertragung von Trypanosomen-Kleinwesen durch Tsetsefliegen, schon den Israeliten bekannt war. Es steht da: Ich will Hornissen (Circha) vor Dir hersenden, die da vor Dir ausjagen die Heviter, Cananiter und Hethiter. Ein alter Kommentator gibt an, daß „die Circha ein Insekt gewesen sei, das in die Augen der Menschen stach, und auf diese Art tödliches Gift übertrug“, und eine Talmudstelle (Tractat Sotah p. 36) sagt weiter: Die Circha blendet ihnen oben die Augen und macht sie unten impotent. Das erinnert, wie Ratner meint, an die Schlafkrankheit, die charakterisiert ist durch Ergriffenwerden des Zentralnervensystems und die manchen Rückenmarkskrankheiten ähnelt. Hat er sich auch geirrt, handelt die betreffende Bibelstelle auch wirklich nur von Hornissen oder Bienen, die in großen Schwärmen Mensch und Tier überfallen und durch ihre Stiche in Unordnung bringen und in Flucht jagen, so ist sie doch als ein sehr alter oder vielleicht ältester Beleg für das Vorkommen von Übertragung von Krankheitsursachen durch Insekten interessant. Pharm. Ztsch.

VI. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle in Münichreith am Ostrong, politischer Bezirk Pöggstall (Niederösterreich). Die Sanitätsgemeindengruppe umfaßt acht Gemeinden mit zirka 2000 Einwohnern. Die festen Bezüge betrugen bisher vom Lande K 1200 und von den Gemeinden K 244, wozu noch entsprechende Beträge für Armen- und Findlingsbehandlung und seitens der Krankenkasse kommen. Die ordnungsmäßig belegten, an den niederösterreichischen Landesausschuß in Wien zu richtenden Gesuche sind bis 15. Oktober d. J. beim Bürgermeisteramt Münnichreith a. Ostrang einzubringen. Nähere Auskünfte werden von der k. k. Bezirkshaudtmannschaft Pöggstall, sowie auch vom Gemeindeamte Münnichreith erteilt.

VII. Eingesendet.

Vom chemischen Institute Dr. Horowitz, Berlin, werden wir um Aufnahme folgender Erwiderung ersucht:

Über Pyrenol.

In Nr. 34 der „Deutschen Med. Wochenschrift“ brachte Herr Geheimrat Professor Dr. Harnack, Halle, einen „Über die Mißstände in der Heilmittelproduktion“ betitelten Artikel, der sich hauptsächlich mit meinem Pyrenol beschäftigt. In Ergänzung meiner sofortigen kurzen Erwiderung möchte ich folgende Klarstellung der Sachlage geben.

Der Standpunkt hinsichtlich der Produktion neuer Heilmittel, den Herr Geheimrat Harnack für seine zusammenfassende Darstellung unter besonderer Berücksichtigung der Pyrenolfrage zur Grundlage macht, wird keinesfalls von allen Pharmakologen geteilt. Die Wertschätzung der auf die Darstellung neuer synthetisch variierter Präparate gerichteten Bestrebungen ist durchaus berechtigt. Unberechtigt dagegen ist ihre ausschließliche Bevorzugung auf Kosten aller anderen pharmakodynamisch wirksamen Arzneimittel. Kein geringerer als Liebreich, der den Anstoß zu der neuen, auf systematische Durchforschung sich stützender Arzneimitteldarstellung der chemischen Arzneimittelsynthese gegeben hatte, war, wie Prof. Thoms in seinem Nachruf in der gleichen Nummer dieser Zeitschrift anerkennt, unermüdlich in der Bekanntgabe alter bewährter Arzneimittel, für die er in modernisiertem Gewande Bereitungsvorschriften und Anwendungsformeln mitteilte. Daß auch die heutige pharmazeutische Fachwelt weit davon entfernt ist, den einseitigen Standpunkt Harnacks zu teilen, geht aus der energischen Stellungnahme hervor, die in der angesehendsten deutschen Fachzeitschrift, in der „Pharmazeutischen Zeitung“ Nr. 73, 1908, an erster Stelle in einer kritischen Betrachtung, die dem Harnackschen Artikel unmittelbar folgte, zum Ausdruck gebracht wurde; es



heißt dort: „Es muß überhaupt die Forderung gestellt werden, daß bei der etwaigen gesetzlichen Regelung dieser Fragen ein prinzipieller Unterschied zwischen therapeutischen Neuheiten rein chemischer und galenischer Herkunft nicht gemacht wird. Eine gute galenische Neuheit hat mindestens dieselbe Daseinsberechtigung und denselben Wert für die Materia medica, wie irgend ein synthetisch hergestelltes chemisches Präparat."

Es erweist sich somit der wissenschaftliche Ausgangspunkt für die Harnackschen Ausführungen als durchaus ungeeignet, Klarheit über die eigentümliche Agitation gegen meine Präparate, im besonderen Pyrenol, zu geben. Die Harnackschen Detaillierungen sind umsoweniger hierzu geeignet, als sie auf einer keineswegs unbefangenen Verarbeitung des ihm ohne jede Mitwirkung meinerseits zur Verfügung gestellten Materials basieren und hier ein geradezu vernichtendes Urteil über die Ehre eines Menschen abgegeben wurde, ohne Rücksicht auf den für jeden Richtenden verbindlichen Satz: audiatur et altera pars.

Herr Geheimrat Harnack erkennt die aus dem Pharm. Institut Dahlem von Dr. Zernik und Prof. Thom's gegen mich gerichteten Vorwürfe ohne weiteres als berechtigt an. Er beruft sich auf die „durchaus exakte und sorgfältig ausgeführte" Analyse von Zernik; er hebt die verdienstvollen Leistungen des Instituts Dahlem auf dem Gebiete der Arzneimittelanalyse rühmend hervor. Er kritisiert in nicht ganz verständlicher Schärfe die einwandfreien Publikationen von zwei namhaften und angesehenen Autoren, die sich mit einem meiner Präparate (Eglatol) befaßten, als „bedauerlich". Zitaten aus meinen Veröffentlichungen gibt Herr Geheimrat Harnack Deutungen, die, aus dem Zusammenhang der Veröffentlichungen heraus, völlig unmöglich sind, so daß man wohl annehmen muß, daß ihm nicht die Originalien selbst, sondern nur Bruchstücke vorgelegt wurden.

Die oben genannte „durchaus exakte und sorgfältig ausgeführte" Analyse Zerniks, auf welche mit Einschluß der daran geknüpften Erörterungen sich die ganze gegen mich gerichtete Agitation stützt, ist schon dreimal vor verschiedenen Gerichtshöfen als unrichtig festgestellt worden. Das Kgl. Landgericht II, Berlin, sagte in seinem Erkenntnis der Begründung des Urteils in der von mir gegen Prof. Thoms anhängig gemachten Klage: „Die Behauptung des Klägers (Dr. Horowitz), daß die von Dr. Zernik veröffentlichte Analyse des Pyrenols mit der tatsächlichen Beschaffenheit des vom Kläger fabrizierten Pyrenol nicht übereinstimmt, ist unbestritten. Das Gericht ist aber nach Lage der Sache der Überzeugung, da es sich um einen Universitätsassistenten bei Dr. Zernik handelt und es auch nicht erhellt, aus welchem Grunde dieser absichtlich eine falsche Analyse aufgestellt und veröffentlicht haben sollte, für die er und Prof. Thoms doch die Verantwortung übernehmen mußten, daß Dr. Zernik die Analyse nach bestem Wissen aufgestellt hat und auch nicht fahrlässig gehandelt hat. Er kannte daher die Unrichtigkeit seiner Analyse nicht usw. . . ."

Daß es sich bei dieser unrichtigen Analyse nicht um belanglose Differenzen handelt, nicht etwa statt 0·2 0·3%, wie Harnack meint, geht daraus hervor, daß der hier in Betracht kommende, von dem vereideten Gerichtschemiker Dr. Aufrecht festgestellte Gehalt an ätherlöslichen Substanzen mehr als 2% beträgt. Dies ist um so erheblicher, als es sich in diesen 2% gerade um den umstrittenen Körper handelt, dessen Vorhandensein Zernik überhaupt leugnet.

Der durch Geheimrat Harnack von mir geforderte Gegenbeweis durch Mitteilung einer eigenen Analyse, vor dem ich mich nach Geheimrat Harnaks Annahme „natürlich hüte", ist längst vorhanden und wäre öffentlich von mir geführt worden, hätte man nicht systematisch meine Beweisführung unterdrückt durch Ablehnung meiner Zuschriften seitens derjenigen Fachzeitschriften, in denen meine Gegner ihre Angriffe bisher gegen mich vorbringen konnten.

Ich habe den vereideten Gerichtschemiker Dr. Jeserich beauftragt, die Thomssche Analyse unter Anwendung der Thomsschen Methoden nachzuprüfen und ihm hierzu die nötigen Unterlagen, d. i. die Thomsschen Veröffentlichungen übergeben. Es hat sich hierbei herausgestellt, daß bei der Ausführung der von Thoms benutzten Methoden sich nämlich 0·7% Substanz des Pyrenols der Feststellung entziehen. Der wesentliche Fehler der Thomsschen Analysen beruht also darauf, daß diese 0·7% — die einen Hauptfaktor im Pyrenol bedeuten, da sie gerade dem Benzoesäurethymolprodukt angehören, dessen Existenz das Pharm. Institut Dahlem bestreitet — in diesem Institut einfach „verrechnet" worden sind.

Den von mir hergestellten Körper habe ich keineswegs als Benzoesäurethymylester „neu benannt", wie man aus den Ausführungen Harnacks annehmen könnte; ich habe vielmehr das aus der Vereinigung der Siambenzoesäure und des Thymols unter bestimmten Temperatur- und Zeitverhältnissen von mir dargestellte Produkt, (da aller Wahrscheinlichkeit nach eine Veresterung in Anbetracht der Herabsetzung des Säuregrades stattgefunden haben mußte), als Benzoesäurethymlester bezeichnet. Die Identität des von mir angegebenen Esters mit dem von Beilstein angegebenen Benzoylthymol habe ich nicht festgestellt, da es mir auf die Arzneiwirkung meines Präparates, nicht auf eine chemische Konstitution ankam; hätte man mir Raum zur Kontroverse gegeben, so wäre es ohne weiteres klar geworden, daß ich nie die Möglichkeit der Inkongruenz des Beilsteinschen Esters und meines Präparates bestritten habe. Was für mich außer der arzneilichen Wirkung in Betracht kam, war die Einheitlichkeit des Körpers, für die ich jederzeit einstehen konnte.

Aus diesem Benzoesäurethymolpräparat (wie ich das so dargestellte Präparat bis zu seiner definitiven Identifizierung nennen will) und der Vereinigung mit Natriumbenzoat, bezw. -oxyberzoat, stellte ich nun das Pyrenol her. Daß über dessen Zusammensetzung irgend eine Verschleierung niemals stattgefunden hat, z. B. nicht, wie Harnack ausdrücklich sagt, Salizylsäure unter dem Mantel des Namens Ascidum oxybenzoicum den Ärzten heimlich unterschoben wurde, beweisen die Veröffentlichungen über Pyrenol, von denen ich nur zwei herauszugreifen brauche, um diesen Vorwurf zu entkräften. So schreibt Dr. Grünfeld (Ärztliche Zentralzeitung Nr. 51, 1903): „Pyrenol stellt eine Vereinigung von Benzoesäure, Salizylsäure und Thymol zu einem in Wasser leicht löslichen Natronsalz vor; von den drei Arzneikörpern, aus denen das Pyrenol dargestellt wird, ist sowohl das Thymol, als auch das Natriumsalizylikum im Gebrauch." — Es ist also nicht nur von Salizylsäure, sondern ausdrücklich von Natriumsalizylicum die Rede, und zwar ein Jahr nach Erscheinen des Pyrenols. Volle 2 Jahre später, also im vierten Jahre der Existenz des Pyrenol, schreibt Prof. Fasano (Internationales Archiv für Medizin und Chirurgie, Heft VI. 1905) wörtlich: „Pyrenol ist eine Kombination von Benzoesäure, Salizylsäure und Thymol; da die Bestandteile chemische Körper, deren Wirkung wohlbekannt ist, sind, konnte man von Anfang an voraussehen, wie die pharmakodynamische Wirkung des Präparates sein mußte." In ebenso unverschleierter Weise finden sich die gleichen wahrheitsgemäßen Angaben in Eulenburgs Realenzyklopädie und Rabors Arzneiverordnungen u. anderen.

Was die von mir für das Pyrenol gegebene Formel anbetrifft, so geht schon aus der Feststellung von Geheimrat Harnak, daß sie „für jeden ein wenig der Chemie Kundigen im Sinne einer Strukturformel sofort als unmöglich, ja als monströs, erkannt werden mußte", ohne weiteres hervor, daß sie von mir nur zur übersichtlichen Gruppierung der Pyrenolkomponenten angegeben wurde, was von Anfang an immer nur meine Absicht war. Es wäre doch wohl sehr unwahrscheinlich, daß ich mich einer auf den ersten Blick unmöglichen Formel bedienen würde, wenn ich wirklich eine Verschleierung beabsichtigt hätte.

Die Schlüsse, die Herr Geheimrat Harnack aus der von ihm veröffentlichten Aschenbestimmung zieht, sind durchaus verfehlt. Unter gewöhnlichen Bedingungen verascht Pyrenol nicht vollständig. Daß 39% nicht die absolute Zahl für Pyrenol sein können, ergibt sich aus den eigenen Worten von Prof. Harnack, nach denen ein Gemisch von Natriumbenzoat und Natriumsalizylat nur 35% Asche haben kann, daher besagt der Aschengehalt der Aufrechtschen Analyse für die Beurteilung der Zusammensetzung des Pyrenol gar nichts, sondern nur, daß es sich hier nicht um eine absolute Zahl handelt, sondern um eine Vergleichszahl des Pyrenol mit einem Nachahmungspräparat, das bei gleichen Veraschungsbedingungen eine bedeutende Differenz zeigte. Ich habe nie in einer öffentlichen Ankündigung angegeben, daß Pyrenol einen Aschengehalt von 39% haben soll. Die der Aufrechtschen Analyse zugrunde gelegte Aschenzahl kann daher Herrn Geheimrat Harnack nur von einer Persönlichkeit mitgeteilt worden sein, die einem der Prozeßbeteiligten in dem von mir gegen die Nachahmerfirma angestrengten Verfahren nahe steht.

Demnach stürzt nicht, wie Harnack meint, mit der Aschenzahl „das ganze Fundament, auf dem das Pyrenol aufgebaut worden war", sondern es fällt wiederum nur ein Fundament für die Angriffe gegen das Pyrenol in sich zusammen.

Man hat mir Entstellungen vorgeworfen; nun richte ich an Herrn Geheimrat Harnack hiermit öffentlich die Frage, auf Grund welchen Materials er die (hinsichtlich der ihr zu gebenden Deutung gar nicht mißzuverstehende) Behauptung über das Pyrenol aufgestellt: „Die Ärzte hätten sich das Gemisch nach Belieben und dazu vielleicht noch zu einem Zehntel des Preises per Rezept komponieren können!" — Tatsache ist, daß der Preis für ein per Rezept komponiertes Thomssches Gemisch von 10 g in 20 Pulvern à $^1/_2$ *g* 1·75 Mark kosten würde, während die entsprechende Dosis Original-Pyrenol, (20 Tabletten á 0·5 *g*) für nur 1·00 Mark auf Rezept erhältlich ist. Es muß wohl jeden stutzig machen, wenn solche Gründe gegen ein Präparat angeführt werden, für die sich auch nicht der geringste Anhalt in Wahrheit findet, sondern die den offenkundigen Tatsachen direkt widersprechen.

Herr Geheimrat Harnack sagt am Schlusse seiner Abhandlung: „Wir Mediziner wollen uns aber hüten, chemische Phantasien für bare Münze zu nehmen, damit wir nicht unsere Wissenschaft kompromittieren." Vorher hat er mir gesagt, daß ich die Pyrenolfrage vom „unbequem exakt-chemischen Boden auf den mir bequemeren unexakt-medizinischen" übertragen wolle. Andererseits sagt er selbst, er habe von jeher betont, daß bei einem Arzneimittel die chemische und experimentell pharmakologische Prüfung allein keine endgültige Entscheidung über die Brauchbarkeit treffen könne, weil die Anwendung und Erfahrung am Krankenbett doch schließlich das Experimentum crucis bilden.

Pyrenol ist nun keineswegs eine chemische Phantasie (!), auch nicht, wie Harnack sagt, durch „Mischung beliebiger Dinge" entstanden, sondern in monatelanger Arbeit



als Resultat gemeinsamer ärztlicher und pharmakologischer Beobachtungen und Überlegungen am Krankenbett entstanden, wie ich sofort darlegen werde.

Anlaß zur Herstellung des Pyrenol gab mir eine zufällige Kontroverse in einem Kreise von Ärzten, Apothekern und Chemikern über einen jeder Medikation trotzenden Asthmafall. Das bronchiale Asthma in vorgeschrittenem Stadium machte dem Patienten dadurch, daß keine genügende Expektoration zu erzielen war, jeden Schlaf in liegender oder halbliegender Stellung unmöglich; der allgemeine Kräfteverfall, besonders die Abnahme der Herzkraft machten den Fall zu einem verzweifelten. Abkochungen von Herba thymi und und serpylli allein nur brachten vorübergehend dem Patienten eine kleine Linderung. Daher wurde der Versuch gemacht, durch reines Thymol eine verstärkte Thymianwirkung zu erzielen. (Die durch den Hustenreiz hervorgerufenen Kopfschmerzen und erheblichen rheumatischen Gelenksschmerzen wurden durch Verordnung von salizylsaurem Antipyrin zu lindern versucht.) Die von dem Thymol erwartete expektorierende Wirkung blieb jedoch gänzlich aus, Patient hatte sogar einen direkten Widerwillen gegen den Geruch und nach dem Einnehmen starkes Brennen im Magen. Es wurde nun der Versuch gemacht, Benzoesäure in Dosen von 0·1 *g* als Expektorans zu verabreichen; auch hier blieb der Erfolg aus. Ein dritter Versuch, die Benzoesäure mit dem Thymol kombiniert zu verabreichen zeigte jedoch eine deutliche Wirkung; aber nach wenigen Tagen trat wieder ein Widerwillen gegen den Geruch und das Brennen im Magen auf. Der Umstand aber, daß immerhin eine (wenn auch noch schwache) Wirkung zu konstatieren war, führte nun zu den in der Folge wochenlang ausgedehnten Versuchen, nicht durch mechanisches Mischen, sondern durch einen chemischen Prozeß ein Produkt zu erhalten, das die gewünschte Wirkung hervorrufen sollte und in der Tat wurde ein Produkt mit außerordentlich starker Expektorationswirkung erzielt. Der unter bestimmten Temperatur- und Zeitverhältnissen aus Benzoesäure und Thymol gewonnene Körper enthielt sogenannte empyreumatische Stoffe der Siambenzoesäure in suspendierter Form. Es war Wert darauf gelegt worden, Siambenzoesäure zu verwenden, denn bekanntlich hat die gewöhnliche Benzoesäure keine expektorierende Wirkung, wie auch in der Siambenzoesäure die Säure selbst nur der Träger des expektorierende Agens ist.

Nicht „Verunreinigungen“ des Natriumbenzoats, wie Harnack glaubt, sondern dem vorgenannten Reaktionsprodukt aus Siambenzoesäure und Thymol verdankt das Pyrenol den expektorierenden Faktor.

Die Schwäche des Patienten, die anzunehmende ungünstige Beeinflussung durch die monatelange Verabreichung des salizylsauren Antipyrins legte den Gedanken nahe, an Stelle des Antipyrins die synthetische Benzoesäure in ihrer antipyretischen und blutdrucksteigernden Wirkung zu versuchen; daher wurde das Antipyrin durch das Natriumbenzoat ersetzt, die Salizylsäure beibehalten.

So war ein Arzneimittel entstanden, einerseits aus dem Benzoesäurethymolkörper mit den empyreumatischen Stoffen der Siambenzoesäure, andererseits aus Natriumbenzoat bezw. -oxybenzoat bestehend, das Pyrenol: welches, wie oben gezeigt wurde, am Krankenbette, neben der stark expektorierenden, eine sedative und antirheumatische Wirkung erkennen ließ und dabei eher eine herztonisierende Wirkung haben mußte; also ein Präparat mit einer Gesamtwirkung, wie man sie in erster Linie bei den rheumatischen Erkrankungen verbundenen Affektionen der Atmungsorgane braucht.

Nach diesen Ausführungen kann wohl bei der Entstehung meiner Präparate von einer „willkürlichen Zusammensetzung aus Arzneimitteln mit bereits bekannter Wirkung“ keine Rede sein.

Vielleicht wird Herr Geheimrat Harnack das Pyrenol nun mit anderen Augen ansehen. Kann man doch, ohne auf einen „unexakt-medizinischen“ Abweg zu geraten, sagen, daß es sich nicht nur vor der, von Geheimrat Harnack von jeher anerkannten höchsten Instanz für die Bewertung eines Arzneimittels (der Anwendung und Erfahrung am Krankenbett), bewährt hat, sondern sogar in wissenschaftlichem Denken und Schaffen direkt aus ihr hervorgewachsen ist. Dies ist vielleicht umsomehr anzunehmen, als Herr Geheimrat Harnack an drei Stellen seiner Arbeit ausdrücklich hervorhebt, daß unter Umständen ein solchermaßen aufgebautes Arzneimittel zweckmäßig und ein brauchbarer Fund sein könne.

Von den gleichen Gesichtspunkten aus, werde ich demnächst das Eglatol besprechen und dabei Gelegenheit haben, die in der Veröffentlichung des Herrn Geheimrat Harnack und andererwärts vorgebrachten Theorien zu beleuchten, die ohne genügende Kenntnis des Präparates über dasselbe entwickelt werden.

Zum Schluß möchte ich noch eines erwähnen:

Nach den Ausführungen von Herrn Geheimrat Harnack muß man den Eindruck bekommen, als ob Herr Prof. Thoms gewissermaßen als Märtyrer für die als verdienstvoll hingestellten Arbeiten in nicht zu rechtfertigender Weise von mir angegriffen worden sei; das Gegenteil ist der Fall. Die Veröffentlichungen aus dem Institut sind ohne Rücksicht auf die von mir angebotenen Beweise für die Richtigkeit meiner Angaben immer und immer wieder von neuem in der Fachwelt verbreitet worden. Für die Unzuläßigkeit dieses Vorgehens legt Herr Geheimrat Harnack, dem man doch gewiß keine Befangenheit in dieser Hinsicht nachsagen wird, selbst Zeugnis ab; er sagt wörtlich: „Die Veröffentlichung (der Analysendifferenzen) müßte erst dann gestattet werden, nachdem das Ergebnis der Untersuchung dem Urheber des Mittels angezeigt und er so in den Stand gesetzt worden, das Mittel zurückzuziehen oder zu verbessern.“

Von mir sind die Erörterungen über Pyrenol nicht provoziert worden. Wenn es in dieser Angelegenheit zu unliebsamen Streiflichtern auf die Tätigkeit des Pharmazeutischen Instituts Dahlem gekommen ist, so muß ich jede Verantwortung dafür ablehnen: mir kann man nicht verdenken, daß ich mich dagegen wehre, wenn meine Präparate von dem Pharmazeutischen Institut, (wie in der Nr. VI der Therapeutischen Monatshefte sich Prof. W. H. ausdrückt) „an den Pranger gestellt“ werden sollen.

Da dies immer wieder auf Grund der schon als falsch nachgewiesenen Analysen und anderer Entstellungen verursacht wird, so kann ich nicht umhin stets auf dieses unverantwortliche Verhalten hinzuweisen, so lange man im Pharmazeutischen Institut ruhig zusieht, daß die von dort in die Welt gesetzten Irrtümer immer wieder gegen mich ausgespielt werden.

Dr. Arthur Horowitz, Berlin N. 24.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: **XIX/1, Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der **Medicinischen Blätter** WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der **Buchhandlung Gustav Fock** in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 42. Wien, 17. Oktober 1908. Nr. 42.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 18218) zu senden.

Über die Extraktion der Kinder bei Steißgeburten ohne Entwickelung der Arme nach Mueller.

Von **Dr. Nikolaus Cukor** (Franzensbad-Wien.)

(Fortsetzung.)

Nach der Veröffentlichung wurde die A. Muellersche Methode in Deutschland nirgends nachgeprüft — wie es doch von vornherein von einer Methode zu erwarten gewesen wäre, die eine recht komplizierte Operation äußerst zu vereinfachen, die Verletzungen und Mortalität des Kindes, — wie die Infektionsgefahr der Mütter herabzusetzen verspricht.

Die erste und bis jetzt ausführlichste Mitteilung stammt aus Budapest, aus der I. Frauenklinik, die unter der Leitung des Professors Johann Bársony steht. Lovrich berichtete über die in der Klinik erreichten Resultate der 237 Extraktionen, bei denen die Muellersche Methode angewandt worden ist. Von 237 Fällen waren 72 Erst- und 165 Mehrgebärende. Die fötalen Herztöne waren vor der Geburt in 214 Fällen gut, in 6 Fällen schlecht, in 17 Fällen waren vor der Geburt keine Herztöne mehr vernehmbar. Die Zahl der nach den Extraktionen verstorbenen Kinder war 33. Wenn die Zahl jener 17 Kinder ausgeschaltet wird, die vor der Geburt starben, dann fallen auf 220 Extraktionen 16 Sterbefälle, was 6·75% Mortalität entspricht. Eine Vergleichung zeigt, wie günstig diese Statistik ist. Die Mortalität der Kinder bei Beckenendlagen beträgt nach v. Winckel 20%, nach v. Hecker 13·6%. Stumpf erlebte bei 95 poliklinischen Beckengeburten 29·5% Kinderverluste. Hier muß betont werden, daß die spontanen Steißgeburten bei unseren Betrachtungen niemals eingerechnet worden sind. Die Verletzungen des Kindes beliefen sich auf 2·1%, was ebenfalls eine sehr niedrige Prozentzahl ist und hervorzuheben ist, daß Knochenbrüche dabei überhaupt nie vorkamen. Ebenso ist die Statistik betreffs der Morbidität der Mütter eine günstigere, wie nach den früheren Extraktionen. In 33 Fällen konnte man nur einen Arm nach Mueller lösen, der andere wurde mit der alten Methode gelöst. Die Muellersche Extraktion war unter 237 Fällen nur in 15 Fällen erfolglos geblieben. Von diesen waren vor der Geburt bei zwei Fällen keine Herztöne zu hören, die Zahl der während der Operation verstorbenen Kinder war 4, hierher gehören aber 3 Nabelschnurvorfälle. Also es ist ersichtlich, daß bei Erfolglosigkeit der Muellerschen Methode die Kinder mit der alten Methode in 92·4% noch rechtzeitig zu retten waren.

Nach der Lovrichschen Mitteilung, die im Auslande Aufsehen erregte, wurde die Methode in Basel, Lemberg, Amsterdam und zuletzt in Hamburg nachgeprüft und von überall gelobt. Aus Deutschland ist bis vor kurzem nur eine einzige Kritik erschienen, die aber nicht nur ungünstig ist, sondern auch bedenklich wäre, weil sie von keinem weniger anerkannten Manne kommt als von Veit. In der gynäkologischen Sitzung zu Leipzig vorigen Jahres hat Veit ein Kind demonstriert, das an einer queren Zerreißung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes, zwischen 3. und 4. Halswirbels, angeblich nach einer Extraktion nach A. Mueller zugrunde gegangen wäre. Veit sagte: „Mehrfach habe ich das Verfahren angewendet und anwenden lassen; ich habe den Eindruck, daß das Verfahren tatsächlich zum Ziele führt, aber wenn dadurch in einem einfachen Falle solche Verletzungen entstehen können, so ist doch das Urteil über die Methode zu modifizieren; ich lasse sie nicht mehr anwenden, und überlasse den Herren, welche das Präparat sehen, sich selbst ein Urteil zu bilden."

Trotzdem aber, daß Veits Worte wie ein Todesurteil über die Methode klingen, möchte ich behaupten, daß der Fall mit der Extraktion nach A. Mueller nichts zu tun hat. Abgesehen davon, daß tödliche Verletzungen bei allen Extraktionsmethoden vorkommen können und niemals zu vermeiden sein werden, kann jedoch dieser Fall nicht der Muellerschen Methode zugeschrieben werden, denn die Muellerschen, sich seitwärts abwechselnden Traktionen, die auch der physiologischen Beweglichkeit entsprechen und auf einer Seite die Wirbelsäule dehnen, auf der anderen jedoch die Wirbel komprimieren, hätten höchstens eine seitliche, aber niemals eine Querzerreißung verursachen können, wie dies hier der Fall war. Aber abgesehen davon, kann eine Zerreißung der Halswirbelsäule niemals



durch diese Methode bewirkt werden, aus dem einfachen Grunde, da ja der Schultergürtel die Halswirbelsäule vor der Zugwirkung schützt; am meisten noch in jenen Fällen, wo die Arme hinaufgeschlagen und der Schultergürtel vom Beckeneingange festgehalten wird. Eine Zerreißung in der Halswirbelsäule kann nur infolge auf den Kopf erfolgten Zuges entstehen, — und ist auch entstanden; daher war der Kopf wahrscheinlich am Beckenrande angehakt, vielleicht infolgedessen, daß das Kind nicht genügend auf die Kante gestellt war. Das richtige Hineinziehen der Schultern aus dem queren Durchmesser des Beckeneinganges in den geraden des Beckenausganges, ist die größte Sicherung dazu, daß der Kopf sich im Eingange in den queren Durchmesser einstellt, aber dazu muß das Kind gut auf die Kante gestellt werden. Mit vollster Achtung vor dem großen Meister Veit, erlaube ich mir seine Behauptung entschieden zu bezweifeln und die Muellersche Methode von diesem Verdachte zu befreien.

Wollen wir jetzt über die in der Literatur mitgeteilten günstigeren Fälle berichten. In einer Arbeit über „Ausgetragene lebende Drillinge bei Placenta praevia lateralis“ aus der Klinik Cyziewicz zu Lemberg finden wir folgende kurze Bemerkung: „Ich muß hier betonen, daß der Oberkörper der beiden letzten Kinder nach Mueller extrahiert wurde und zugleich bemerken, daß wir prinzipiell diese Methode ausüben und daß sie uns nur selten im Stiche gelassen hat. Es ist eine Methode, die für Mutter und Kind weniger gefährlich ist, wie die künstliche Lösung der Arme und die demzufolge meiner Meinung nach in keinem Falle von Beckenendlage zu versäumen wäre.“

In der niederländischen gynäkologischen Gesellschaft zu Amsterdam hielt Prof Nijhoff im Jahre 1906 einen Vortrag über die Entwicklung der Arme nach Mueller. In der Klinik wurde 17 mal, in der Poliklinik 12 mal die Extraktion nach Mueller vorgenommen. Von diesen 29 Fällen können 5 wegen Kleinheit der Frucht nicht in Betracht kommen. In einem Falle versagte die Methode bei einem rachitischen Becken, wo die Extraktion sehr schwer ging, und nach dem Versuche mit den Muellerschen Handgriffen mußten die Arme mit der alten Methode gelöst werden, und es wurde ein 3480 *g* schweres Kind entwickelt. In den übrigen Fällen hat sich die Extraktion nach Mueller als eine viele Zeit ersparende, für die Kinder ganz unschädliche Operation bewährt, daher empfiehlt sie Nijhoff als eine einfache und rasche Methode am wärmsten, während er das alte Verfahren nur für solche Fälle reservieren möchte, wo schon am Anfange der Extraktion ein sehr starker Widerstand zu fühlen ist.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Eine sozialärztliche Tat. — Der Prager Ärztekammertag.)

Endlich können wir von einer sozialärztlichen Tat, die die noch viel Segen den Ärzten bringen wird, unseren Lesern berichten. Eine ungenannt sein wollende Witwe nach einem bekannten Arzt, hat in pietätvoller Erinnerung an ihren verstorbenen Gatten ein Kapital von 250.000 Kronen dem Zwecke der Unterstützung invalider Ärzte gewidmet. Die Stiftung wurde von dem Vertreter der Stifterin, Hof- und Gerichtsadvokaten Dr. Emil Postelberg, bereits durchgeführt und von seiten der niederösterreichischen Statthalterei unter dem Titel Regierungsjubiläums-Ärztewohlfahrtsstiftung genehmigt. Laut Stiftbrief sollen aus den Zinsen des Stiftungskapitals solche Ärzte bedacht werden, die durch

Feuilleton.

Die Forderungen der Ärzte an die Reform der Krankenkassengesetzgebung.

I. Bestimmung einer oberen Einkommensgrenze für die Krankenkassen-Versicherungspspflicht (Kassenzwang) von höchstens 2400 Kronen.

Gründe:

Die Ärzteschaft Österreichs kann zu der Festsetzung einer höheren Einkommensgrenze als 2400 Kronen für die obligatorische Krankenversicherung unter keinen Umständen ihre Zustimmung geben.

1. Weil ein Jahreseinkommen von 2400 Kronen, geschweige denn darüber, die Arbeiter in der Stadt bei vollkommen gerechter Würdigung ihrer Lebensbedürfnisse in die Lage versetzt, den Arzt im Erkrankungsfalle nach dem ortsüblichen Honorare selbst zu bezahlen und sich die Ärzte jederzeit bereit finden lassen, den obwaltenden besonderen Verhältnissen bei ihren Honorarforderungen Rechnung zu tragen.

2. Weil ländliche Verhältnisse in Betracht gezogen, ein Einkommen von 2400 Kronen im allgemeinen als ein relativ zum Arbeiter in der Stadt sehr günstiges bezeichnet werden muß und somit eine Einkommensgrenze von 2400 Kronen für den Arbeiter am Lande rücksichtlich der Krankenversicherungspflicht alz zu hoch gegriffen erscheint.

3. Weil die Ärzte, ganz abgesehen von den Pflichten einer standesgemäßen Lebenshaltung, in Anbetracht der aufzuwendenden unveränderlichen Auslagen für Regie als:

a) Haltung eines Dienstboten (Lohn und Verpflegung);

b) Haltung von Lokalitäten für die Ordination (Miete, Einrichtung, Instandhaltung, Reinigung, Beheizung, Beleuchtung des Ordinations- und Wartezimmers);

c) Anschaffung, Nachschaffung und Instandhaltung von Instrumenten, Apparaten und Verbandmateriale;

d) Auslagen für Fahrgelegenheiten bei dringlichen Berufungen im Interesse der Patienten;

e) Kosten für ärztliche Weiterbildung (med. Werke, Fachzeitschriften, Fortbildungskurse und dgl. mehr); weil somit die Ärzte sehr häufig bei wenn auch an sich höherem Einkommen relativ viel ungünstiger gestellt sind, als Arbeiter mit einem Jahreseinkommen über 2400 Kronen, geschweige denn einem solchen bis zu 3600 Kronen und endlich, weil sich die Ärzte, von besonderen Ausnahmen (Privatvermögen) abgesehen, regelmäßig in viel ungünstigeren Erwerbsverhältnissen befinden als Arbeiter mit einem auch nur annähernd gleich hohem Einkommen.

4. Weil Personen mit einem jährlichen Einkommen von über 2400 Kronen meistens nicht „Arbeiter“, sondern Werkmeister und hauptsächlich Handelsangestellte sind, welche im Erkrankungsfalle durch sechs Wochen Anspruch auf Gehalt haben.

5. Weil in Deutschland, welches kulturell und wirtschaftlich höher steht, die Einkommensgrenze von 2000 Mark festgestellt ist.

6. Weil die Forderungen der Kassenmitglieder von über 2400 Kronen Einkommen an den Arzt viel höhere sind, so daß der Arzt diesen Klassen die ärztliche Hilfe nicht unter denselben Bedingungen angedeihen lassen kann wie den Arbeitern.

7. Weil das Reformprogramm und die Erläuterungen, welche die Regierung diesem Reformprogramme beigegeben hat, bezüglich der von ihr selbst vorgeschlagenen Einkommensgrenze von 2400 Kronen, die Forderung der Ärzte, welche im Beitritte von besser situierten Personen zu den Krankenkassen eine Schädigung ihrer Interessen erblicken, als eine berechtigte anerkennt.

II. Der freiwillige Beitritt zu einer obligatorischen Krankenkasse ist nicht zulässig.

Die Ärzteschaft verwahrt sich gegen die Zulässigkeit des freiwilligen Beitrittes zu einer Krankenkasse selbst bei Aufrechthaltung der Einkommensgrenze von 2400 Kronen, also unter allen Umständen.

mindestens fünf Jahre in Niederösterreich praktizierten und die infolge Invalidität außerstande sind, sich oder ihre Familie zu ernähren. Die Stifterin hat zur Leitung der Stiftung ein Kuratorium eingesetzt und in dasselbe berufen: Dr. Heinrich Adler, Direktor Dr. Armin Cziner, kaiserlichen Rat Leopold Langer, Dozent Dr. Artur Schiff, Professor Dr. Julius Schnitzler, Dr. Siegmund Tennenbaum und Dr. Edmund Waldstein. Gesuche um Unterstützung sind an den Präsidenten des Kuratoriums Dr. Edmund Waldstein, I., Stallburggasse 4, zu richten. Diese großherzige Spende ist umso freudiger zu begrüßen, als es kaum einen Stand gibt, dessen Angehörige in den Tagen der Erwerbsunfähigkeit hilfloser dastehen als die Ärzte.

Von den weiteren Verhandlungen des Prager Ärztekammertages wäre noch folgendes zu berichten:

Der Präsident der Niederösterreichischen Ärztekammer, Dr. List, empfahl zu den von Pick aufgestellten Forderungen noch die von der Reichsorganisation erhobene Forderung bezüglich der Familienversicherung als Zusatz aufzunehmen. Diese Forderung lautet: „Die Ärzteschaft Österreichs kann sich für die Familienversicherung nur bei Einführung einer Einkommensgrenze von jährlich nicht über 2400 K und der im Gesetze ausgesprochenen Möglichkeit der Einführung der freien Ärztewahl aussprechen. Die Landärzte verlangen unter allen Umständen die im Gesetze gebotene Möglichkeit der Einführung der obligatorischen Familienversicherung dort, wo deren Notwendigkeit von den dazu gerufenen Faktoren als gegeben erklärt wird." Nach einer sehr lebhaften Debatte, in der sämtliche Kammerdelegierten ihren Standpunk präzisierten, wurde der Antrag List und alle vom Referenten gestellten Anträge angenommen. Dr. Thenen, Wien, sprach für den Geschäftsausschuß der österreichischen Ärztekammern über die Unfall- und Haftpflichtversicherung und die Haltung der Versicherungsinstitute gegenüber den Forderungen der Ärzte. Er begründete die Notwendigkeit der Errichtung eines eigenen Versicherungsinstituts der Ärzteschaft. Abends fand ein Bankett statt, an welchem Landessanitätsreferent Hofrat Pelc, Landesausschuß Zdarsky, Stadtverordneter Dr. Kaspar, Stadtphysikus Dr. Zahor, die Universitätsprofessoren Regierungsrat Petrina, Heveroch, Fischl, Kleinhans, die Vorstandsmitglieder der Prager Ärztekammer, Vertreter zahlreicher ärztlicher Vereine beider Nationalitäten und sämtliche Delegierte des Ärztekammertages teilnahmen. Der Präsident der Kammer für das Königreich Böhmen, Professor Dr. Heveroch, sprach in deutscher und tschechischer Sprache den Kaisertoast. Der Vizepräsident des Kongresses Professor Dr. Petrina gedachte zunächst in pietätvollen Worten des verstorbenen Gründers der Kammertage Primarius Dr. Brenner, Brünn, und betonte sodann das ungetrübte kollegiale Einvernehmen der beiden Sektionen der Prager Kammer, wodurch die Abhaltung des Kammertages in Prag ermöglicht wurde. Er widmete sein Glas den Delegierten, in deren Namen der Präsident der ostgalizischen Kammer Sanitätsrat Dr. v. Festenburg dankte.

Dr. Heinrich Grün sprach über die Boykottierung ärztlicher Stellen und empfahl folgende Thesen: Vor ärztlichen Stellen, welche voraussichtlich ein Existenzminimum nicht bieten, soll, wenn die Existenz benachbarter oder ortsansässiger Kollegen nicht gefährdet wird, lediglich gewarnt werden. Die Sperre von ärztlichen Stellen ist nur zulässig, wenn es sich um ungerechtfertigte Entlassungen eines oder mehrerer Kollegen handelt, sowie bei prinzipiellen oder standesrechtlichen Streitigkeiten zwischen Ärzten und Korporationen; wenn eine Kündigung von Ärzten wegen Lohnstreitigkeiten

---

Gründe:

1. Aus den bezüglich der Einkommensgrenze von über 2400 Kronen angeführten einschlägigen Gründen (siehe I. 1 und 2).

2. Weil durch die Erweiterung der Zwangsversicherung alle Bevölkerungsschichten einbezogen sind, welche diesbezüglich Berücksichtigung verdienen.

3. Weil sich bei freiwilliger Versicherung erfahrungsgemäß nur diejenigen anmelden, welche kränklich sind und voraussichtlich den Arzt und die Kasse reichlich in Anspruch nehmen. Dieselben sind also für den Arzt wie für die Kasse schlechte Risken.

4. Weil selbst bei der Bestimmung einer oberen Einkommensgrenze von 2400 Kronen der Eintritt von zahlreichen Personen mit einem weit höheren Einkommen bestimmt vorauszusehen ist, und endlich

5. aber auch deshalb, weil durch Schaffung von Krankenvereinen auf Grundlage bestehender Gesetze, welche ihren Mitgliedern nur Krankengeld und Begräbnisgeld verabreichen, ohne auf freie ärztliche Behandlung zu reflektieren, für alle Fälle vorgesorgt erscheint.

III. Die Ärzteschaft Österreichs besteht auf der ausdrücklichen Aufnahme einer Bestimmung in das Gesetz, welche die Einführung der freien Arztwahl bei den obligatorischen Krankenkassen als gesetzliche Form der Krankenbehandlung als zulässig erklärt.

Gründe:

1. Die freie Arztwahl ist die einzige Form der ärztlichen Behandlung, welche sowohl den gerechtfertigten Ansprüchen der Kranken und der Humanität gegenüber diesen, als auch dem Ansehen des ärztlichen Standes entspricht.

2. Die freie Arztwahl ist durchführbar, ohne die Kassen zu schädigen. (Beweis: Krankenkassen Deutschlands.)

3. die Einführung der freien Arztwahl liegt im Interesse der Kassenmitglieder:

a) weil nur die freie Arztwahl eine individuelle Behandlung der Kranken sichert, statt der bisherigen Massenbehandlung,

b) weil nur bei freier Arztwahl jedes Kassenmitglied in die Lage versetzt ist, im Erkrankungsfalle den Arzt seines Vertrauens in Anspruch zu nehmen,

c) weil nur bei freier Arztwahl die Krankenkassen soziale, hygienische Einrichtungen werden können, während sie bisher bloße Auszahlungsstellen von Krankengeldern waren.

4. Die Einführung der freien Arztwahl liegt im Interesse der Ärzte, weil:

a) nur die freie Arztwahl die Möglichkeit bietet, daß alle Ärzte, welche die Absicht dazu haben, an der Kassenpraxis teilnehmen, während bisher der größte Teil der Ärzte davon ausgeschlossen war,

b) weil nur bei freier Arztwahl eine angemessene und anständigere Bezahlung der kassenärztlichen Leistungen erreicht werden kann,

c) weil der Arzt nur bei freier Arztwahl von der Kassenleitung unabhängig wird und das jetzt bestehende Abhängigkeitsverhältnis der Ärzte von den Kassenleitungen dem ethischen Verhältnisse zwischen Arzt und Patienten abträglich ist.

5. Weil durch die freie Arztwahl die Anstellung von Ärzten aufhört, ein Politikum der die Leitung eben beherrschenden politischen Partei zu sein.

6. Durch die Einführung der freien Arztwahl wird der Überbürdung des einzelnen Arztes gesteuert. Die freigewählten Kassenärzte werden mehr Zeit und Anregung haben, sich mit dem Wohle des Kranken eingehend zu befassen.

Durch die Einführung der freien Arztwahl wird die Verteilung der Patienten an die Ärzte automatisch geregelt werden, was sowohl im Belange der Ärzte, als auch insbesondere im Interesse der Patienten liegt.

7. Die Forderung der ausdrücklichen Aufnahme von der Möglichkeit der Einführung der freien Arztwahl in das Gesetz entspricht dem Bedürfnisse nach Rechtsklarheit und Rechtssicherheit. (S. die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes bezüglich der registrierten Hilfskassen.)

Die Einführung der freien Arztwahl ist somit eine gerechtfertigte Forderung der Ärzte und ein Gebot der Humanität gegenüber den Kranken.

(Schluß folgt.)



erfolgt, so daß eine Annahme dieser Stelle eine Unterbietung bedeutet; wenn durch die Annahme die Existenz von Kollegen ernstlich gefährdet wird.

Über die Reform des Reichssanitätsgesetzes referierte Dr. Kotynek, Prag: Die Frage der Reform des Reichssanitätsgesetzes vom Jahre 1870 wird von Tag zu Tag aktueller, weil eine moderne, zeitgemäße Reform der Landessanitätsgesetze, die auf Basis des Reichsgesetzes geschaffen würden, undurchführbar ist. Sowohl die in Staats- wie auch in autonomen Diensten stehenden Ärzte sollen materiell, sozial und dienstlich so gesichert und gestellt sein, daß sie sich ausschließlich dem Sanitätsdienste widmen können. Diese Ärzte sollen auch in der Sanitätsverwaltung an die erste Stelle gesetzt werden. Die Arbeit und die Kompetenz derselben soll so klar abgegrenzt werden, damit Konflikte unmöglich seien. Der Staat hat einen entsprechenden Teil des Aufwandes, den öffentlichen Sanitätsdienst, auf sich zu nehmen. Dr. Heinrich Grün referierte über die Errichtung von Lehrstühlen für soziale Medizin und Hygiene. Er wendete sich zunächst gegen die Vorherrschaft der Verwaltungsjuristen und plaidierte für die Hinzuziehung des Ärztestandes zur Verwaltung und den Geschäften des Staates. Dr. Grün trat nun für die Errichtung von Lehrkanzeln für soziale Medizin und Hygiene ein, wie sie in Bonn, Berlin und München bereits bestehen. Der in die Praxis tretende Arzt müsse bereits als Kenner der für ihn einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen die Universität verlassen. Referent beantragte, die Regierung dringendst zur Schaffung solcher Lehrstühle aufzufordern und schloß mit den Worten: „Wenn England mit Recht als Musterland der sozialen Gesetzgebung betrachtet werden kann, so scheint das englische Volk den Spruch Herbert Spencers beherzigt zu haben, welcher lautet: „Nur der Arzt ist der berufene Führer der Nation.“

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Im großen Gürzenichsaale fand die feierliche Eröffnung der Tagung statt, der die erste allgemeine Sitzung folgte. Der erste Geschäftsführer, Prof. Dr. Tilmann, Köln, eröffnete die Sitzung. Sodann begrüßte er die Vertreter der staatlichen und städtischen Behörden, insbesondere den Vertreter des Ministers, Regierungspräsident Dr. Steinmeister, sowie den Oberbürgermeister Wallraf, in dem Bewußtsein, daß eine so große, imposante Versammlung nur erfolgreich tagen könne, wenn sie getragen sei von dem Vertrauen der maßgebenden Behörden und der Bürgerschaft. Besonders in Köln haben letztere neuerdings Zeugnis davon abgelegt, daß sie Verständnis dafür besitze, daß die großen Städte aus ihren alten Geleisen herausgewachsen seien und auch für rein wissenschaftliche Bestrebungen ein offenes Auge haben müßten. Neben der Anerkennung dieser wissenschaftlichen Bestrebungen sei es die angenehme Erinnerung an die Kölner Tagung vor 20 Jahren gewesen, die die Gesellschaft deutscher Naturforscher veranlaßt habe, der Einladung Kölns abermals zu folgen. Der Redner zog dann aus der hier vor 20 Jahren begonnenen Neuorganisation und den seitdem erfolgten Fortschritten der Gesellschaft den Schluß, daß sie ein ansehnlicher Machtfaktor im wissenschaftlichen Leben Deutschlands zu werden verspreche. Mögen, schloß der Redner, sich nach weiteren 20 Jahren, wenn die Gesellschaft wiederum hier in Köln tagen werde, die heute noch nicht erfüllten Wünsche Verwirklichung finden.

Dann ergriff Regierungspräsident Dr. Steinmeister das Wort und führte u. a. folgendes aus:

Der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte bei ihrer 80. Tagung auf rheinischem Boden im Namen der königlichen Staatsregierung einen herzlichen Willkommensgruß entgegen zu rufen, gereicht mir zur besonderen Ehre. Gibt es doch keine andere Wissenschaft, die neben ihren idealen Zwecken so sehr durch ihre praktischen Folgen in die vitalsten Interessen der Menschheit eingegriffen hat, als die Wissenschaft, zu deren Förderung erleuchtete Männer vor 80 Jahren die Gesellschaft gegründet haben. Der schier undurchdringliche Schleier, den um die Werkstätte ihres Wirkens und Waltens die Natur gewoben hat, ist seit Gründung Ihrer Gesellschaft mehr und mehr gelichtet worden. Die praktischen Folgen der Naturwissenschaften zeigen sich in unserem Verkehrsleben, in der Industrie und Landwirtschaft. Unser kulturelles Leben beruht in letzter Linie auf der steigenden Naturerkenntnis, in der auch die Errungenschaft des lenkbaren Luftballons ihren Grund und ihre Ursache hat. In höherem Maße noch als der Naturwissenschaft möchte ich als Mensch und als Beamter meine Bewunderung der Wissenschaft der Heilkunst und der Hygiene zollen. Was einst der große Forscher Robert Koch von den Infektionskrankheiten sagte: „Wir werden der Krankheit nicht mehr wie bisher gegenüberstehen als einem unbekannten Feinde, sondern als einem solchen, dessen Eigenschaften wir erkennen, den wir erreichen und den wir in seinen Einzelheiten ergreifen können“, das gilt heute von fast allen Krankheiten. Gewaltige Erfolge haben auch die chirurgische Wissenschaft, der Antisepsis und die modernen Schmerzbetäubungsmittel errungen. Auf dem Gebiete der Hygiene darf ich für die Staats- und Kommunalbehörden wohl in Anspruch nehmen, daß diese deren Bedeutung wohl schon seit langer Zeit zu würdigen gelernt haben und weder Mühen noch finanzielle Opfer scheuen, um die Anforderungen der Hygiene zur Durchführung zu bringen. Ich denke an die Forderung gesunden Trinkwassers, der Reinhaltung des Bodens, von Luft und Licht für die Straßen und Wohnstätten, so daß die Würgengel der Menschheit uns mehr und mehr fernbleiben. Typhus und Malaria haben ihren Schrecken verloren, Cholera und Pest erscheinen nur vorübergehend an unseren Grenzen. Weitere Folgen der hygienischen Forderungen sind die Schlachthäuser, Lungenheilstätten, Genesungs- und Erholungsheime, Ferienkolonien und Heilstätten, Säuglingsmilch, Volksbäder, schulärztliche Überwachung. Daß ihre Bestrebungen nicht vergeblich gewesen sind, beweist die Statistik in der zunehmenden Besserung der Volksgesundheit und einer Verlängerung der Lebensdauer trotz der Mehrung der vielen gesundheitswidrigen Einflüsse des Lebens unserer Zeit. Noch harren viele unbekannte Gebiete der Erforschung. Möge die Versammlung dazu beitragen, diese unabsehbaren Felder weiter aufzuschließen, Ihnen zur inneren Befriedigung, der Wissenschaft zur Förderung, der Menschheit zum Segen.

Hierauf nahm Oberbürgermeister Wallraf das Wort:

Meine sehr verehrten Damen und Herren! Zum zweiten Male seit dem Bestehen Ihrer Gesellschaft hat die Stadt Köln heute die Ehre, Sie, meine Herren Naturforscher und Ärzte, mit Ihrem reichen Damenflor festlich hier zu begrüßen. Zwanzig Jahre liegen zwischen damals und heute, Jahre friedlicher, gewaltiger Entwicklung für unser Vaterland, ja, für alle Länder deutscher Zunge, nicht zuletzt auch auf dem hochbedeutsamen Gebiete, dessen Acker zu bestellen Sie berufen sind, dessen Früchte mit zu ernten der ganzen Kulturmenschheit beschieden ist. Namen wie Röntgen, Curie und Becquerel, um nur wenige zu nennen, leuchten durch diese Jahre und werden ihren Glanz bewahren für alle Zeit. Und was fast mehr noch bedeutet für das Wohl der Gesellschaft, Ihre Wissenschaft hat sich nicht nur gehoben und vertieft, auch in die Breite ist sie gewachsen, und was früher nur Erkenntnis der Wissenden, das Vorrecht bevorzugter Stände war, das ist zum Gemeingut breiter Schichten der Bevölkerung geworden; die soziale Medizin ist entstanden, und das Sinken der Sterblichkeitsziffer, das hier in Köln in 16 Jahren mehr denn ein Viertel beträgt, ist das weithin leuchtende Ergebnis dieser großen menschenfreundlichen Friedenstat. In Ihnen, meine Herren von der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, erblicken wir die Pioniere und Bannerträger all dieses Strebens. Hat auch im Laufe der Jahre manch engerer Verband dem Zuge der Spezialisierung folgend sich auf eigene Füße gestellt und für sein



Sonderfach große Bedeutung gewonnen, so bleibt doch Ihre Gesellschaft das große, zusammenfassende Band, sie bleibt die Einigungsstätte, in der sich die verschiedenen Zweige und Richtungen begegnen und Ergänzung und Befruchtung finden. Daß auch die Stadt Köln seit Ihrem ersten Besuche nicht müßig gewesen ist, das kündet Ihnen die Festschrift, die zu Ehren Ihrer Tagung unser ärztlicher Berater, Herr Dr. Krautwig, mit anderen bewährten Fachleuten verfaßt, das wird Ihnen der Augenschein zeigen, wenn Sie unsere Stadt in den bevorstehenden Tagen einer näheren Besichtigung würdigen. Aber, meine Herren, für uns alle, für die Wissenschaft wie für die Praxis, gilt das Wort Alexander von Humboldts: „Jedes Naturgesetz, das sich seinem Beobachter offenbart, läßt auf ein höheres, noch unerkanntes schließen. Denn die Natur ist das ewig Wachsende, ewig im Bilden und Entfalten Begriffene.“ Und ewig wachsen, bilden und entfalten muß auch des Menschen Geist, wenn er vom Jünger und Gesellen der Natur zum Meister werden will. Daß diesem ernsten Streben auch die heute beginnende Tagung eine Förderung bedeute, daß Sie, meine Damen und Herren, in unserer Stadt, die nicht nur eine Stadt der Arbeit, sondern auch eine Heimstätte heiterer Lebenskunst ist, nach des Tages Mühen fröhlich rasten, das ist der Wunsch, mit dem ich im Namen der Stadt Köln Sie hiermit von Herzen willkommen heiße.

Den Willkomm der Akademie für praktische Medizin in Köln entbot Professor Hochhaus. Er wies besonders auf den Neubau der Krankenanstalt Lindenburg, der Hauptwirkungsstätte der Akademie, hin, den eine hochherzige Bürgerschaft errichtet und in der zu arbeiten eine große Freude sei. Die Akademie erfülle es mit Stolz, diese würdige Stätte den Kongreßteilnehmern zeigen zu können.

Im Namen der Kölner Ärzteschaft und des Allgemeinen ärztlichen Vereins in Köln sprachen dessen Vorsitzender Dr. Strohe und im Namen der wissenschaftlichen Vereine Kölns Professor Rumpen herzliche Begrüßungsworte. Den stattlichen Reigen der Begrüßungsreden schloß der derzeitige Präsident des Kongresses, Professor v. Wettstein aus Wien sehr wirkungsvoll. Nach dem Dank an die Behörden und Vertreter der Hochschulen und wissenschaftlichen Vereine betonte der Redner noch einmal die hohe wissenschaftliche Bedeutung des Kongresses. Fast kein Jahr, sagte er, vergeht ohne eine hervorragende wissenschaftliche Entdeckung, sei es, daß ein Robert Koch das Wesen einer gefährlichen Seuche entdeckt oder ein Zeppelin und Parseval den lenkbaren Luftballon gebrauchsfähig gestalten. Der Redner schließt mit dem Wunsch, man möge doch endlich dem naturwissenschaftlichen Unterricht den ihm gebührenden Platz in der Schule anweisen, dann würden die in letzter Zeit besonders bemerkbaren verderblichen Folgen der Lektüre der Schundliteratur wesentlich ausgeschaltet werden.

Es begannen nunmehr die wissenschaftlichen Vorträge.

Zunächst sprach Professor Dr. Stadler, München, über Albertus Magnus von Köln als Naturforscher und das Kölner Autogramm seiner Tiergeschichte. Albert v. Bollstädt (bei dem bayrischen Städtchen Lauingen) um 1193 geboren, ist mit Köln besonders verwachsen, denn dort lehrte er schon bald nach seinem Eintritte in den Dominikanerorden, dorthin kehrte er von Paris, von Regensburg, wo er 1260—1262 als Bischof wirkte, wieder zurück, dort starb er am 15. September 1280 und liegt jetzt in der Andreaskirche begraben. Das Mittelalter nannte ihn mit Recht den „Doctor universalis“, und in der Tat hat er sich auf allen Gebieten des Wissens in hervorragender Weise betätigt. Seine Schriften, die in der jüngsten Ausgabe 38 starke Quartbände füllen, umfassen außer der Theologie und Philosophie auch die Astronomie, Chemie und Alchemie, Physik, Meteorologie und Klimatologie, Anthropologie, Zoologie und Botanik. Leider wurden ihm später eine Menge von Schriften untergeschoben, die infolge ihres blöden Aberglaubens den Namen des großen Mannes in gänzlich unverdienten Mißkredit brachten. Natürlich ist er als Scholastiker an Autoritäten gebunden und geht in der Hauptsache darauf aus, die Schriften des Aristoteles uud der Araber zu erklären, zu umschreiben und zu ergänzen, aber er tut dies in durchaus selbständiger Weise mit Verstand, Kritik und Beobachtungsgabe. Dies tritt besonders in der Tiergeschichte hervor, in der sich eine außerordentliche Menge Schilderungen und Beobachtungen des deutschen Tierlebens jener Zeit finden, die, abgesehen von ihrer Bedeutung für die Geschichte der Zoologie, auch tiergeographisch wichtig erscheinen. Alle diese Angaben sind aber bisher noch wenig ausgenützt worden und waren auch gar nicht vollständig ausnützbar, da unsere Angaben ganz unglaublich fehlerhaft sind. Dies zeigt sich insbesondere in den zahlreichen deutschen Tiernamen, die vielfach in der heillosesten Weise verstümmelt sind. Infolgedessen hat der Vortragende, auf eine Anregung von Geheimrat R. Hertwig hin, eine neue, kritische Ausgabe der Tiergeschichte in Angriff genommen und fand hiefür bei Behörden und gelehrten Körperschaften, bei Volksvertretung und Staatsregierung das dankenswerteste Entgegenkommen, so daß er hoffen darf, einer der nächsten Versammlungen einen brauchbaren Text vorlegen zu können. Erleichtert wird diese Aufgabe wesentlich dadurch, daß aller Wahrscheinlichkeit nach das Stadtarchiv zu Köln das Autogramm der Tiergeschichte birgt. Dafür sprechen der Ort, die Tradition, die Eigenart der Schrift, die Korrektheit der deutschen Tiernamen und die unverkennbaren Autorkorrekturen. (Forts. folgt.)

Dritter Kongreß der Gesellschaft für experimentelle Psychologie.

Frankfurt, 21. bis 25. April.

(Schluß.)

Es folgte das Referat von Dr. Specht, Tübingen, über das pathologische Verhalten der Aufmerksamkeit. Der Vortragende wies zunächst hin auf die vielen abweichenden Bestimmungen vom Wesen der Aufmerksamkeit in der theoretischen Psychologie und entschuldigte damit die Mängel, die der Pathologie der Aufmerksamkeit bis heute anhaften. Er ging hierauf näher ein auf die Arbeiten von Ribot, Sante de Sanctis, Ziehen und Kräpelin. Besonders ausführlich behandelt er die wissenschaftlichen Antipoden Ziehen und Kräpelin. Die Darstellung des ersteren betrachtet er als in allen wesentlichen Punkten unzulänglich und unhaltbar. Auch der Kräpelinschen Auffassung haften nach den Ausführungen Spechts viele Mängel an. Gleichwohl ist sie nach Specht die beste, die es heute gibt. Fraglich bleibt die Erklärung, die Kräpelin von der Erscheinung der Abstumpfung der Aufmerksamkeit gegeben hat, hypothetisch bleibt der Begriff der Hemmung der Aufmerksamkeit, vollständig undurchführbar dagegen ist die von Kräpelin vorgeschlagene Unterscheidung von Bestimmbarkeit und erhöhter Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit, nicht richtig ist die Erklärung, die Kräpelin von der erhöhten Ablenkbarkeit gegeben hat.

Im zweiten Teil seines Vortrags behandelte Specht die Frage nach dem Wert der pathologischen Tatsachen für die Erkenntnis von dem Wesen der Aufmerksamkeit. Er behauptet und sucht zu zeigen, daß durch die pathologischen Beobachtungen keine der bestehenden psychologischen Theorien bestätigt werde. Zu diesem Zweck analysierte er besonders die Erscheinungen der erhöhten Ablenkbarkeit und der Ideenflucht. Auf Grund seiner Analyse bezeichnete er die Einstellung als Bedingung der Beachtung. Auf die Frage nach dem Wesen der Einstellung selbst eingehend, entwickelte er zum Schlusse eine extremvoluntaristische Auffassung. Seine Darlegungen stießen auf lebhaften Widerspruch. Leider mußte die Debatte aus Mangel an Zeit sehr eingeschränkt werden.

Der nächste Redner, Dr. Guttmann, Wannse bei Berlin, sprach über Farbensinn und Malerei. Er zeigte einleitend, wie es Aufgabe des Malers ist, die Natur zu „über-



setzen“, nicht sie „abzuschreiben“. Dann erörterte er die zur Zeit bekannten Modifikationen des Farbensinns, besonders die sogenannte „Farbenschwäche“, die er seit Jahren zum Gegenstand besonderen Studiums gemacht hat. Während die Farbenblindheit sich mit der Ausübung des Malerberufs nicht verträgt, spielt die Farbenschwäche in ästhetischer Beziehung eine so geringe Rolle, daß man farbenschwache Maler unbedingt zu den Farbentüchtigen zählen kann. Besonders kommt ihnen der bei solchen Personen stets gesteigerte Farbenkontrast zugute. Individuelle Unterschiede des Farbensinns kommen überhaupt in der Farbengebung der Maler, extreme Fälle ausgenommen, nur selten zum Ausdruck, weil sie neben den großen Abweichungen, die in dem spröden und unzuverlässigen Malmaterial, sowie in der individuellen Ausgestaltung des höheren geistigen Lebens bei den einzelnen Künstlern begründet sind, völlig verschwinden. Der Vortragende belegte seine Behauptungen durch zahlreiche farbenphysiologische Demonstrationen und farbige Projektionsbilder, Originale und Lumière-Aufnahmen von Bildern normaler, farbenschwacher, farbenblinder und angeblich farbenblinder Maler.

In der letzten wissenschaftlichen Sitzung hielt zunächst Dr. Peters, Wien, einen Vortrag über Erinnerungsassoziationen. Peters hat vor allem eine Untersuchung darüber angestellt, wie sich die Erinnerungen einer Anzahl von Personen zu lustbetonten, unlustbetonten und indifferenten wirklichen Erlebnissen verhalten. Er hat bei allen konstatiert, daß die meisten Erinnerungen sich auf lustbetonte, die zweitgrößte Anzahl sich auf unlustbetonte Erlebnisse beziehen. Diesen Befund demonstrierte der Vortragende in einer Reihe von Tabellen und graphischen Darstellungen. Weiter sprach er über den Gefühlscharakter, den die Erinnerungen seiner Versuchspersonen selbst besaßen (im Vergleich mit dem Gefühlston der Erlebnisse, auf welche sich die Erinnerungen bezogen). Er stellte fest, daß im allgemeinen ein großer Teil des Gefühlswertes der Erlebnisse verloren geht, daß dieser Verlust aber geringer ist, wenn die Erinnerungen, wie man sagt, zu einem Komplex gehören, als wenn dies nicht der Fall ist.

Es folgte der Vortrag von Professor Thumb, Marburg, über „Assoziationsversuche im Dienste der Sprachwissenschaft“. Er wies zunächst hin auf die Untersuchungen über die sprachliche Analogiebildung, die er im Verein mit Marbe früher schon durchgeführt hat und deren Ergebnisse bereits veröffentlicht sind. Aus dem weiteren Gebiet der Analogiebildungen griff er sodann die besonderen Erscheinungen der sogenannten Kontaminationen heraus. Eine solche Kontamination liegt beispielsweise vor, wenn eine Person den Satz „Das Wasser verdunstet“ mit dem Satz „Das Wasser verdampft“ zu dem Satz „Das Wasser verdampft“ zusammenbringt. Auf die Frage: Welche Eigenschaften müssen die Wortassoziationen besitzen, denen kontaminationsbildende Kraft zukommt, gab Thumb auf Grund früherer und neuerer Untersuchungen die Antwort: Sie müssen fest sein, d. h. die auf Grund der betreffenden Assoziationen erfolgenden Reproduktionen müssen bei den meisten Versuchspersonen übereinstimmen, sie müssen sehr schnell erfolgen und sie müssen in der Regel ohne Vermittlung (spontan) eintreten. Weiter streifte Thumb die Frage nach der Entstehung solcher Assoziationen und wies darauf hin, wie aus der Tatsache, daß sie im individuellen Leben entstehen müssen, daß sie bei Kindern zunächst nicht vorhanden sind, eine Entscheidung der Frage sich ergibt, ob das Kind an der Sprachbildung wesentlich beteiligt sei oder nicht.

Hierauf sprach Dr. Menzerat, Düren, ebenfalls über „psychologische Untersuchungen zur sprachlichen Kombination“. Er trat in gewisser Hinsicht den Darlegungen des Vorredners entgegen, indem er auf die Verschiedenheit der Erscheinungen der Analogiebildung und der Kontamination hinwies. Als Ursache der Kontamination betrachtet er vor allem die reproduktive Hemmung, die dadurch entsteht, daß ein Wort oder ein Gedanke gleichzeitig zwei ähnliche Wörter zu reproduzieren geeignet ist. Er hat eine Reihe interessanter Versuche angestellt, bei denen er Kontaminationserscheinungen künstlich (experimentell) hervorrief. Über die Ergebnisse dieser Versuche erstattete er ein knappes und klares Referat.

Es folgt der Vortrag von Dr. Minnemann, Kiel, über verschiedene Beobachtungen an kurz dauernden Lichtreizen. Der Referent wies darauf hin, daß die bisher meistens befolgte Methode der Untersuchung kurz dauernder Lichtreize meistens mit ruhenden Gesichtsfeldern gearbeitet hat. Demgegenüber betonte er, daß das Studium bewegter Lichtreize auf viel einfachere Weise sichere Resultate liefert, während die andere Methode bisher nicht zum Ziel geführt hat. Er berichtet ferner über einige Ergebnisse der im Kinderpsychologischen Institut angestellten Versuche über das Ansteigen der Lichtempfindungen bei zunehmender Dauer kurz exponierter Lichtreize und demonstriert eine Reihe von Kurven zur Illustration seiner Darlegungen. Weiter ging er ein auf eine Analyse der Erscheinungen des „Flimmerns“ und auf daraus sich ergebende Konsequenzen für die Flimmerphotometrie heterochromer Lichter. Schließlich gab der Vortragende einen Weg an zur Konstruktion eines Adaptionsmessers, der für exakte optisch-psychologische Untersuchungen von großer Wichtigkeit werden kann.

Weiter hielt Dr. Fr. Schmid, Würzburg, einen Vortrag über spontane ästhetische Empfänglichkeit des Schulkindes. Auf Grund fleißig gesammelten Beobachtungsmaterials konstatierte der Referent einen fünffachen Stufengang in der Entwicklung des ästhetischen Sinnes beim Schulkind. Ein erster Fortschritt besteht darin, daß an Stelle der Beobachtung isolierter Teile des ästhetischen Objekts ein Erfassen des zusammenhängenden Ganzen tritt. Weiter findet ein Übergang statt vom bloßen Sehen der Gegenstände zu einer Deutung derselben. Auf der dritten Stufe wird die intellektuelle Auffassung und Deutung durch phantasiemäßige Ausgestaltung und Einfühlung ergänzt. Einen Fortschritt sieht Schmidt ferner darin, daß auf einer gewissen Entwicklungsstufe eine ästhetische Bewertung sich einstellt, und der Höhepunkt der Entfaltung des ästhetischen Sinnes beim Schulkind wird nach seinen Ausführungen damit erreicht, daß Natur und Kunst verschieden beurteilt und künstlerische Momente besonders betont werden.

Der nächste Redner, Dr. Schultze, Frankfurt, berichtet über Assoziationsversuche, die im psychologischen Institut der Akademie in Frankfurt a. M. angestellt worden sind. Dieselben setzen frühere Untersuchungen von Thumb und Marbe fort, bestätigen und ergänzen die schon vorliegenden Befunde der genannten Forscher und bringen besonders die Tatsache ans Licht, daß schon Kinder, denen man die Aufgabe stellte, auf ein zugerufenes Wort schnell mit einem andern, das ihnen gerade einfällt, zu antworten, die von Thumb und Marne an Erwachsenen konstatierte Tendenz zeigen, das „Reaktionswort“ aus der gleichen Wortklasse zu nehmen, der auch das „Reizwort“ angehört. Eine zweite Reihe von Versuchen zeigte, daß die Folgerungen der sogenannten psychischen Tatbestandsdiagnostik teilweise zu weit gehen. Es ist wohl zuweilen möglich, daß die Art, wie eine Person auf ein bestimmtes Reizwort mit einem Reaktionswort antwortet, einen schon bestehenden Verdacht auf Kenntnis eines bestimmten Tatbestandes seitens der betreffenden Person verstärkt. Aber daß der Untersuchungsrichter diese Methode der Tatbestandsdiagnostik wirklich mit Erfolg für seine praktischen Zwecke verwenden könne, läßt sich auf Grund des bis jetzt vorliegenden Versuchsmaterials nicht behaupten.

Zum Schluß demonstriert Dr. Seddig, Frankfurt, einen einfach und zweckmäßig konstruierten Apparat zur Projektion des Newtonschen Farbendreiecks und zur Mischung von Komplementärfarben.

Nachdem dann Professor Dr. G. E. Müller, der Vorsitzende der Gesellschaft dem Lokalkomitee für seine Bemühungen gedankt hat, spricht er nochmals für den Vorstand der Gesellschaft und den Kongreß der Stadt, der Aka-

demie, der Intendanz des Schauspielhauses, den Direktionen des Städelschen Instituts, des Städtischen Historischen Museums, den Senkenbergischen Instituts, des Goethehauses, des Palmen- und des Zoologischen Gartens, der Presse, insbesondere der „Frankfurter Zeitung" den Dank aus für das freundliche Entgegenkommen, das sie dem Kongreß gewährt haben. Dann erklärte er den Kongreß für geschlossen.

III. Literaturauszüge.

Über die Behandlung der Blasentuberkulose nach Rovsing. Von Paul Rosenstein, Berlin.

Auf dem Deutschen Chirurgenkongreß des Jahres 1905 und später in einer Veröffentlichung im Archiv für klinische Chirurgie (1907, Bd. 82) hat Rovsing, Kopenhagen, bei der Besprechung der Bedeutung der Blasentuberkulose und ihrer Heilbarkeit ein neues Verfahren zur Beseitigung der genannten Erkrankung empfohlen, welches darin bestehen sollte, die Blasentuberkulose durch 6%ige Karbolsäurespülungen zur Heilung zu bringen.

Der Standpunkt, den Rovsing bezüglich der Indikation seines Heilverfahrens einnimmt, muß als ein durchaus begründeter anerkannt werden. Empfiehlt er seine Maßnahmen doch erst von dem Moment an, wo auf eine Heilung der Blasentuberkulose auf anderem Wege nicht mehr zu rechnen ist. Die von Rovsing angegebene Methode der Karbolsäurebehandlung besteht in folgendem: 50 *cm³* einer 6%igen warmen (35° C) frisch bereiteten Karbolsäurelösung werden in die Blase injiziert, nachdem dieselbe von Eiter gereinigt ist. Das Karbolwasser wird 3—4 Minuten darin gehalten, wonach es in stark getrübtem, milchartigem Zustande abläuft. Dieses wird drei- bis viermal wiederholt, bis die Flüssigkeit einigermaßen klar zurückkommt, 9—12 Minuten im ganzen. Das Karbolwasser wird entleert, ehe der Katheter entfernt wird; es wird aber nicht nachgespült. Eventuell werden 2 *cg* Morphium als Suppositorium gegeben.

Die Krankengeschichten R's lehren, daß wir in der Rovsingschen Methode der Karbolsäurebehandlung der Blasentuberkulose eine wertvolle Bereicherung unserer bisher so kümmerlichen Therapie dieser quälenden Krankheit erhalten haben. Gerade für die Fälle, bei denen auch nach der Ausschaltung des tuberkulösen Herdes, in unseren Fällen einer Niere, die Blasenerkrankung weiter bestand und sogar Fortschritte machte, fehlte uns bisher jede, einigermaßen Erfolg versprechende Behandlung. Die Karbolsäurebehandlung ist zwar ein heroisches Mittel, da sie in außerordentlich starker Weise auf den Allgemeinzustand einwirkt, und, wie es scheint, leicht Kollaps verursacht. Sie führt aber bei richtiger klinischer Beobachtung und Dosierung zum Ziel.

In dem ersten Falle, bei dem die Nephrektomie vor einem Jahr vorgenommen worden war, hatte die Blasentuberkulose inzwischen immer weitere Fortschritte gemacht und schließlich solche Intensität angenommen, daß die Patienten sich unter den heftigsten Schmerzen, mit jedem Tropfen Urin ohne Pause quälen mußte. Hier hat die Rovsingsche Behandlung in erstaunlicher Weise völlige Heilung gebracht.

So interessant und wichtig es vom wirtschaftlichen Standpunkte aus sein mag, die anatomische Veränderung der tuberkulösen Geschwüre und ihre Heilung unter dem Auge zu verfolgen, so sehr verzögert oder verdirbt man, seiner Erfahrung nach, die Heilung der Blasentuberkulose durch eine absolut unangebrachte, wiederholt mechanische Reizung. Jedes instrumentelle Vorgehen verstärkt die Entzündung der Blase und leistet der Verbreitung der Tuberkulose neuen Vorschub. Wir brauchen die Zystoskopie zur Beurteilung der Heilung der Blasentuberkulose um so weniger, als wir genügend klinische Symptome dafür haben, ob eine Besserung oder Verschlimmerung des Leidens eintritt: Die Klärung des Urins, das Verschwinden der Bazillen, die verminderte Miktionsfrequenz, die Schmerzlosigkeit der Miktion usw. lassen ein ausreichendes Urteil darüber zu, ob eine Ausheilung erfolgt ist oder nicht. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.)

Physiologie und pathologische Physiologie der postportalen Blutstillung. Von Priv.-Doz. Dr. Maximilian Neu.

Wir sind berechtigt, eine Erregbarkeitsstörung in der Ermüdung zu sehen und allgemein daher zu sagen: Atonia uteri ist charakterisiert: 1. Durch Ermüdung; 2. infolge dessen durch mangelnde Kontraktionen; 3. von diesen wieder mehr weniger beeinflußt durch mangelhafte tonische Retraktion. Das Endresultat ist nach unseren physiologischen Erörterungen: Ungenügende oder fehlende Blutstillung in den Uteroplazentargefäßen.

Unter diesem Gesichtswinkel werden die klinisch als Ursachen von post partum-Blutungen anzusprechenden Momente ohneweiters verständlich. Fürs erste wird klar, daß jeder gesunde Uterus von Atonie befallen werden kann, dann nämlich, wenn die geleistete Geburtsarbeit zur Ermüdung geführt hat, in dem Sinne, daß nach vollendeter Fruchtaustreibung die Erregbarkeit auf ein Minimum sank. In der Tat sehen wir gelegentlich nach völlig physiologisch verlaufenden Geburten, sowohl was die Wehentätigkeit als die Geburtszeit usw. anbelangt, bei Gesunden Erst- wie Mehrgebärenden atonische Blutungen auftreten, ohne daß wir Anzeichen einer erschöpfenden Wehenarbeit in landläufigem Sinne beobachtet hätten. In derart gelagerten Fällen kann man wohl die Wahrnehmung machen, daß die üblichen Reize, durch die man die Erregbarkeit wieder auslösen möchte, gar nicht verfangen, oder daß die erstrebte Erregung, wenn sie auftrat, nicht nachhaltig ist. H. W. Freund hat in Analogie mit dem Ablauf der Muskelzuckung diesen Zustand mit dem Latenzstadium Helmholtzs vor der Muskelverkürzung verglichen. Untersuchungen fehlen in dieser Richtung noch für den Uterusmuskel: Jedenfalls soll mit diesem Begriffe nicht mehr ausgesagt werden, als daß der Muskel — grob sinnlich ausgedrückt — im Zustande des Erholungsbedürfnisses auf Reize nicht nur nicht anspricht, ja, es ist sogar denkbar, daß eine Überreizung, eine Verstärkung des Ermüdungsresultates die Folge ist, wenn Reize in diese Zeit fallen. Die Mahnung erfahrener Geburtshelfer, die sich insbesondere mit dem Studium der Nachgeburtsperiode befaßten, wie Ahlfeld u. a., den Uterus nach vollendeter physiologischer Geburt sich zunächst sich selbst zu überlassen, hat demnach eine wohlbegründete Unterlage. Die Atonie als Ermüdungsphänomen sehen wir gewissermaßen von der Natur experimentell erzeugt, bei protrahierten Geburten, insbesondere bei überlanger Geburtsarbeit während der Austreibungszeit, aus irgend einer der hinlänglich bekannten Ursachen, also nach Überwindung irgend eines Geburtshindernisses; allerdings ist hiebei auch die Gesamtkonstitution, die daraus folgende Beeinträchtigung des Gesamtbefindens im Sinne der Erschöpfung in Rechnung zu setzen; in letzterem Falle ist die sich in der dritten Geburtsperiode zeigende gefährliche funktionelle Schwäche der markante Ausdruck der physiologischen Minderwertigkeit des Gesamtorganismus, sowie des Gebärorganes.

Hier sind die Fälle anzureihen, in denen sinnfällige anatomische Struktur- und Texturveränderungen oder topographische Anomalien vorliegen, in denen atonische Blutungen deshalb zustande kommen, weil mangelhaftes Verhalten der Uterusmuskulatur nur ungenügende Kontraktionen produzieren kann; dabei kann die Erregbarkeit ungestört sein. Die abnorme Dünnwandigkeit des Uterus, Bildungsanomalien des Uterus, Infantilismus, Myome, häufige und rasch aufeinander gefolgte Entbindungen usw. gehören in diese ätiologische Kategorie. Den Übergang zu den eben erwähnten mehr weniger primären anatomischen Anomalien stellen alle diejenigen Geburtsfälle dar, bei denen die Muskulatur durch übermäßige Ausdehnung des Uteruskavums beeinträchtigt ward. Diese anatomischen Übergangsstadien beanspruchen die Auffassung, daß Störung der rhythmischen Kontraktionstätigkeit ursächlich an der Blutung beschuldigt werden muß, und daß, weil die muskulären Wandelemente übermäßig gedehnt waren, auch die Tonusherabsetzung des Uterusmuskels sich bemerkbar macht; die Tätigkeit dieser über das physiologische Maß beanspruchten Elemente muß notwendigerweise leichter zur Übermüdung



führen. Grenzgebietsfälle in pathologisch-physiologischer Beziehung stellen diese Zustände auch insoferne dar. als die überrasche Entleerung des Uteruskavums eine atonische Blutung auslösen kann.

Ganz anders ist die Tatsache zu bewerten, daß nach künstlicher und sehr rascher Entbindung Atonie vorkommt. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um eine Fortsetzung der primären Wehenschwäche in die dritte Geburtsperiode, häufig genug indes liegt eine Ermüdung des Uterusmuskels vor, wenn einem bei protrahierten Geburten, aus der Gefährdung von Mutter oder Kind, die Indikation zur Entbindung aufgedrängt wird. Die klinisch sattsam bekannte Erfahrung der Häufigkeit der Atonien nach derlei Entbindungen redet eine deutliche Sprache; ein weiterer Beweis liegt darin, daß die Atonien, mit denen die allgemeine Praxis so häufig zu tun hat, in den Kliniken zu den relativen Seltenheiten gehören, weil in der Erkenntnis, daß die Geburtsleitung nach physiologischen Gesichtspunkten die einzig richtige ist, ein viel konservativeres Verhalten hier beobachtet wird und nach Maßgabe der äußeren Verhältnisse auch besser durchgeführt werden kann, wiewohl man erwarten sollte, daß kein gewissenhafter Arzt sich durch etwas anderes als wie durch wissenschaftliche Überlegung in seinem Handeln leiten lassen sollte. Das aktivere geburtshilfliche Vorgehen in den letzten Jahren, das durch das Beiwort der „operativen Ära" hinreichend gekennzeichnet wird, muß seinen Schlagschatten auch auf unser Thema werfen. Auch die vollendetste Technik kann nicht den Schaden ausmerzen, der aus dem Außerachtlassen physiologischen Geschehens erwächst. Das μηδὲν ἄγαν bewährt sich kaum in einem anderen medizinischen Fachgebiete so sehr wie in der Geburtshilfe. Ich möchte hier auch in diesem Zusammenhange auf das allgemeine und wahllose Analgesierungsverfahren der Gebärenden mit Skopolamin-Morphin hinweisen. Hier wird das physiologische Geschehen in offensichtlicher Weise durchbrochen. Gegen die humane Grundidee, der gebärenden Frau die schwere Stunde so sehr als nur möglich zu erleichtern, kann niemand etwas einwenden; wie aber die bisherigen Prüfungen dieses modernen Analgesierungsverfahrens dartun, wird in der Mehrzahl der Fälle die Physiologie der Geburt empfindlich gestört. Durch nichts wird dies besser gekennzeichnet — ich brauche wohl Zahlenwerte nicht anzuführen — als wie die Tatsache, daß durch die geburtshilfliche Operationsfrequenz unter diesem Verfahren steigt. Kann dieses Verfahren schon dadurch nicht ungefährlich genannt werden, so wird es dies besonders dadurch, daß in seinem Gefolge häufige und heftige atonische Nachblutungen beobachtet wurden.

Im Anschlusse hieran wäre nunmehr die Störung der tonischen Retraktion mit einigen Worten zu erörtern. Die wesentlichste Ursache für die pathologische Abänderung dieser Komponente liegt in Hindernissen des Abganges von flüssigem oder koaguliertem Blute aus dem Uteruskavum, von losgelösten Plazentar- oder Eihautteilen, sei es, daß das Hindernis in einer topographischen Anomalie des inneren Muttermundes, des Halskanales, bezw. der Scheide, oder in einer Lageanomalie des Uteruskörpers oder spastischen Striktur des unteren Gebärmutterabschnittes gegeben ist. Es entsteht, wenn ich mich so ausdrücken darf, der atonische Zustand rückläufig, insofern nämlich, auch bei genügend vorhandener Erregbarkeit und Kontraktionstüchtigkeit des Uterus, die Kontraktionskraft nicht ausreicht. das Hindernis zu überwinden, und daher der Uterus daran gehindert wird, sich auf sich selbst zurückzuziehen. Er wird also in einem permanenten mittleren Dehnungszustand durch die Kavumfüllung und die innere Wandbelastung erhalten. Das Resultat ist ein Circulus vitiosus: Trotz anscheinend guter Kontraktionen und klinisch deutlich erweisbarer Härte des Uterus kann eine sogenannte innere Blutung bestehen. Gelegentlich kann die sogenannte Striktur mit einer partiellen Atonie vergesellschaftet sein, z. B. im Bereiche des größeren oberen Teiles der Gebärmutter; meist handelt es sich um eine Paralyse der Plazentarstelle. Diese zirkumskripte Atonie ist bei starker Verdünnung der Plazentarstellen, partiellen Adhäsionen der Plazenta oder abnormem Plazentarsitz zu beobachten, infolge deren ein Inversionstrichter sich etablieren kann. Neuestens hat man den Grund zu dieser gefürchteten Komplikation auf eine Paralyse der Muskelfasern im Umkreise einer deprimierten oder verdünnten Stelle der Uteruswand zurückgeführt, wobei besonders an der Grenzzone Längsmuskelfasern geschwächt sein sollen; eine Beobachtung von Fritsch, wo trotz guter Überwachung die Inversion bei zwei Geburten sich hintereinander wiederholte, und bei der dritten Geburt nur mit Mühe verhindert werden konnte, spricht sehr für die Bedeutung der anatomischen Strukturstörung. Über die Genese der Striktur, über ihre Beziehungen zum physiologischen Retraktionsring herrscht eine völlige Übereinstimmung nicht; ein Teil der Autoren nimmt für die Bildung von Strikturen eine bindegewebige Entartung des Isthmusgewebes in Anspruch. So viel aber scheint festzustehen. daß eine gewisse innere Beziehung zwischen Striktur und Krampfwehentätigkeit vorliegt. Die ältere Schule führte die Entstehung der Striktur auf eine ungewöhnliche lokale Reizung, besonders in der Nachgeburtszeit zurück, vorwiegend durch eine unzweckmäßige Nachgeburtsleitung veranlaßt.

Den entgegengesetzten Entstehungmechanismus einer Störung der tonischen Retraktion, eine äußere Behinderung derselben, sehen wir außerordentlich häufig durch die Überfüllung der Nachbarorgane, Blase und Mastdarm, zustande kommen.

Nicht immer ist wegen des innigen Abhängigkeitsverhältnisses von kontraktiler Erregbarkeit und Tonusschwankung eine exakte analytische Scheidung ihrer Komponenten im Einzelfalle durchführbar und für die therapeutische Maßnahmen auch gar nicht immer nötig.

Unser Handeln muß von dieser Erkenntnis geleitet sein. Der Einblick in die Werkstatt der Naturkräfte, den wir als Ärzte auch am Krankenbette stets zu gewinnen bemüht sein sollten, über den sich allerdings leichter theoretisieren läßt, wird in praxi aus Gründen der Dringlichkeit zumeist getrübt; die Therapie des hier abgehandelten Gegenstandes erfordert mehr als anderswo rasches und sicheres Arbeiten: der in unserer Zeit so oft und gern gebrauchte Ruf nach individualisierter Therapie verstummt unter der Gewalt der äußeren Verhältnisse allzuleicht.

Der Heilplan lautet: Geburts- und Nachgeburtsleitung nach physiologischen und pathologisch-physiologischen Gesichtspunkten; für die Bekämpfung von Nachgeburtsblutungen kein Schematismus. Viele Wege führen nach Rom; der beste Weg ist der, der am raschesten, sichersten und ungefährlichsten durch Reizung das lokale Nervenzentrum der Gebärmutter trifft und die unmittelbare Erregbarkeit ihres glattmuskeligen Gewebes gewährleistet. Das erreicht man durch Mittel mechanischer, thermischer, chemischer Natur. (Med. Klinik Nr. 25.)

IV. Sitzungsberichte.

Aus reichsdeutschen Gesellschaften. *)

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Wolf, Potsdam, sprach über Milzexstirpation bei Anaemia splenica infantum gravis. Die Exstirpation der Milz an sich ist heutzutage nicht mehr ein so nennenswerter Eingriff, daß man sie zum Thema eines Vortrages wählt, selbst dann nicht, wenn sie, wie in diesem Fall, bei einem 18 Monate alten Kinde vorgenommen worden ist; was W. veranlaßt, darüber zu berichten, ist einmal die Indikation zur Splenektomie, andererseits der Heilerfolg, welchen W. mit dem Eingriff bei der vorliegenden Erkrankung erzielt zu haben glaube. Der $2^1/_2$ Jahre alte Junge ist das erste Kind seiner gesunden Eltern, die Mutter ist hereditär mit Tuberkulose be-

*) Wohl auf keinem Gebiete ist die erstrangige Stellung des deutschen Reiches so unbestritten, wie auf dem Gebiete der Medizin. Wir haben deshalb einen reichsdeutschen Kollegen ersucht, nach freier Wahl über die wichtigsten Vorkommnisse in den verschiedenen Gesellschaften zu berichten. Anm. d. Red.



lastet, zeigt aber selbst keine Erscheinungen derselben. E. gedieh trotz künstlicher Ernährung gut bis zum Alter von $1^1/_4$ Jahren; von da ab fiel den Eltern seine mangelhafte Entwicklung auf, er wollte nicht mehr recht trinken, seine Hautfarbe, welche von vornherein entsprechend dem Aussehen des Vaters, bei den roten Haaren besonders blaß war, wurde noch bleicher, die Haut selbst wurde schlaff, die Abmagerung nahm stetig zu; Urin und Stuhl, die der Junge vorher schon ziemlich hatte halten können, gingen wieder unwillkürlich ab, dabei schwoll der Leib mehr und mehr an, besonders, wie schon die Eltern bemerkten, auf der linken Seite. Als W. das Kind im Alter von $1^1/_2$ Jahren zu sehen bekam, konnte er folgenden Befund erheben: Die Haut wachsbleich, schlaff, Fett und Muskulatur auf das äußerste geschwunden, völlige Teilnahmslosigkeit, kurz den Eindruck ausgesprochener Kachexie; an den welken Gliederchen hängt froschbauchähnlich der dicke Leib, ziemlich prall gespannt, die blasse Haut von erweiterten Venen durchzogen; in der linken Leibeshälfte ist eine derbe Geschwulst von glatter Oberfläche zu fühlen, welche nach Lage und Form der Milz entspricht; sie reicht vom linken Rippenbogen bis zur rechten Darmbeinschaufel und verschwindet mit ihrem unteren Pol hinter der Symphyse; dabei ist sie so beweglich, daß sie sich fast ganz auf die rechte Bauchseite drängen und gut umgreifen läßt. Die größte Länge der Geschwulst beträgt 19 *cm*, die Breite 11 *cm*. Außerdem bestehen deutliche, wenn auch nicht hochgradige Erscheinungen von Rachitis: Rosenkranz, Schwellungen der Epiphysen an Vorderarm und Unterschenkel, ziemlich weit offene Fontanellen. Die Leber ist etwas vergrößert, geringer Aszites ist vorhanden. Das Körpergewicht beträgt 14 Pfund.

Die Blutuntersuchung ergibt folgendes: Die Zahl der Erythrozyten beträgt 467.000 im Kubikmillimeter, die der Leukozyten 37.800, Verhältnis also 1 : 12. Hämoglobingehalt 40%. Das histologische Blutbild zeigt, daß unter den enorm verringerten Roten sich zahlreiche kernhaltige und zwar Normoblasten und Megaloblasten befinden, es besteht deutliche Poikilozytose und polichromatophile Degeneration. Die Vermehrung der Weißen betrifft die Lymphozyten mehr als die Polynukleären, die Mastzellen sind in geringem Maße vermehrt, ferner erscheinen in jedem Gesichtsfeld einige eosinophile Zellen.

Der ganze Symptomenkomplex entsprach dem Bilde, welches v. Jacksch im Jahre 1889 unter dem Namen Anaemia pseudoleucaemica infantum zusammengefaßt hat und welches später von Geissler und Japha, Heubner, Grawitz u. a. als Anaemia splenica infantum bezeichnet wurde. Es ist von dieser nur bei Flaschenkindern, vorwiegend im späten Säuglingsalter vorkommenden und häufig mit Rachitis kombinierten Erkrankung bekannt, daß leichtere Fälle unter innerer diätetischer Behandlung meist in Heilung übergehen, daß aber die schweren Fälle häufig tödlich enden.

Unser Fall müßte als äußerst ernst angesehen werden nach den in der Form schwerster Kachexie auftretenden klinischen Erscheinungen sowohl wie besonders nach dem Blutbefund, der neben der Anwesenheit pathologischer Zellen eine auf ein so geringes Maß reduzierte Zahl der Erythrozyten ergab, wie W. sie in keinem der beschriebenen Fälle habe finden können.

Unter den bisher gebräuchlichen therapeutischen Maßnahmen erschien der Fall aussichtslos, so daß W. sich entschloß, das Mittel der Splenektomie anzuwenden. Es war klar, daß der Eingriff von dem schwer darnieder liegenden Kinde nur dann überstanden werden konnte, wenn er unter allen nur möglichen Kautelen, besonders unter Vermeidung jedes Blutverlustes vorgenommen wurde. W. führte die Milzexstirpation aus, nachdem er etwa 300 *cm* Kochsalzlösung subkutan hatte applizieren lassen. Von einem Pararektalschnitt aus erfolgte die Auslösung des Tumors nach sorgfältigster Unterbindung der Gefäße, so daß das Kind tatsächlich nur einige Tropfen Blut verlor. In die Bauchhöhle goß er weitere 150 cm^3 Salzlösung, nach der Operation nochmals 100 cm^3 subkutan, so daß im ganzen 550 einverleibt waren. Die Wunde wurde geschlossen, der Eingriff hatte einschließlich Narkose und Operation 40 Minuten in Anspruch genommen. Die exstirpierte Milz wog 500 *g*. Das Kind überstand die Operation überraschend gut und der nun folgende Verlauf war ein ganz frappanter. W. kann sagen, von dem der Splenektomie folgenden Tage ab begann das Kind geradezu aufzublühen. Der Appetit war rege, das Aussehen besserte sich von Tag zu Tag. Ein ganz überraschendes Resultat aber ergab der 10 Tage nach der Splenektomie erhobene Blutbefund: während 1 Tag vor der Operation die Zahl der Erythrozyten 467.000 betrug, wurden jetzt 2,500.000 gezählt, die Zahl der Leukozyten war nur wenig, auf 36.000 gesunken. Während also dort noch das Verhältnis 1 : 12 betragen hatte, war es jetzt auf 1 : 69 verändert. Der Hämoglobingehalt betrug 51%. Dem erstaunlichen Umschwung in der Blutzusammensetzung entsprach die Gewichtszunahme des Kindes. Von den 14 Pfund am Tage vor der Splenektomie hatte es mit der 500 *g* wiegenden Milz 1 Pfund verloren. Nach 10 Tagen war das Gewicht trotz der für das Kind immerhin eingreifenden Operation auf 14 Pfund 450 *g*, also um nahezu 2 Pfund gestiegen. Diese so erfreuliche Besserung des kleinen Patienten hat standgehalten, so daß Sie den Jungen jetzt als normales Kind in bester Entwicklung und bei völligem Wohlbefinden sehen. Daß die Heilung allerdings noch keine vollkommene ist, ergibt der Blutbefund: Die Zahl der Roten beträgt jetzt 2,665.600, der Weißen 25.800, das Verhältnis also 1 : 103. Auch das histologische Blutbild ist noch nicht ganz zur Norm zurückgekehrt. (Freie Ver. d. Chirurg. Berlins.)

(Fortsetzung folgt.)

V. Literatur.

Die neueren Arzneimittel in der ärztlichen Praxis. Wirkungen und Nebenwirkungen, Indikationen und Dosierung. Von Dr. A. Skutetzky. Vom k. u. k. Militär-Sanitätskomitee in Wien preisgekrönte Arbeit. Berlin. Jul. Springer, 1908. 8° p. 379, ungeb. Mk. 7.—, geb. Mk. 8.—.

Bei der Unzahl neuer und neuester Arzneimittel, welche in letzter Zeit auf den Markt gebracht werden, ist es für den praktischen Arzt, der oft gezwungen ist, in seiner Praxis bald dieses und bald jenes neuere Heilmittel anzuwenden, ausserordentlich schwer, sich in der Verordnung derselben zurechtzufinden, da er meist über Wirkung und Nebenwirkungen dieser Stoffe nur auf Reklameartikel angewiesen ist. Er kann es daher nur mit Freuden begrüßen, wenn er in einem solchen Falle einen objektiven Ratgeber findet, der ihm über jedes dieser Mittel sachliche Auskunft erteilt.

Ein solcher Ratgeber ist ihm nun in Skutetzky's „Die neueren Arzneimittel in der ärztlichen Praxis“ gegeben. Der Nachschlagende findet in diesem handlichen Buche alle neueren Arzneimittel in Gruppen geordnet, welche die verwandt wirkenden oder hauptsächlich in einer Disziplin zur Anwendung gelangenden Medikamente umfassen. Innerhalb dieser Gruppen erscheinen die einzelnen Mittel nach dem Alphabete geordnet. Bei jedem Arzneistoffe ist nach kurzer Beschreibung der chemischen und physikalischen Natur dieser Körper (Zusammensetzung, Aussehen, Löslichkeit, Schmelzpunkt usw.) stets Wirkung, Nachwirkungen, Indikationen und Dosierung derselben in getrennten kurzen Abschnitten einzeln angeführt. Für den sich näher Interessierenden befindet sich überdies für jedes Mittel ein mit außerordentlicher Sorgfalt verfaßtes Literaturverzeichnis, durch welches das Buch auch für den Pharmakologen zu einem sehr brauchbaren Nachschlagwerk wird. Das Buch kann somit allen beteiligten Kreisen nur auf das wärmste empfohlen werden.

Konschegg.

VI. Aus der Praxis.

Über ein neues Bierhefepräparat „Mykodermin“ berichtet Dr. Emil Schmid, Wien, im Med.-chirur. Zentralblatt, Nr. 21.



Die älteren Bierhefepräparate litten an dem Übelstand, daß sie nicht haltbar waren. L. Blaes & Co., Lindau, ist es nun gelungen, das Dauerpräparat Mykodermin herzustellen. Seine Wirksamkeit führt Prof. Luigi Maramaldi auf die in ihm enthaltenen Nukleine zurück, die einerseits die Neubildung der Gewebselemente anregen, andererseits eine Phayozythose hervorrufen, die wiederum zur Bildung von Antitoxinen führen. Dies macht verständlich, daß durch die interne Einführung von Mykodermin eine Reihe von Hautkrankheiten und Stoffwechselkrankheiten günstig beeinflußt werden. Bei vielen Hautkrankheiten handelt es sich um Autointoxikationen und Autoinfektionen vom Verdauungskanal aus, und hier entfaltet das Mykodermin seine eben geschilderte antiseptische Tätigkeit; bei habituellen Obstipationen kommt es wiederum zu unnormalen Zersetzungsprozessen der Nahrungsschlacken im Körper, der darunter schwer leidet. Emil Schmid hat nun das Mykodermin in einer größeren Anzahl von Fällen Furunkulose, Akne, Urtikaria, Anthrax, Gastroenteritis des Kindesalters und habitueller Obstipationen verwendet und gute Erfolge gehabt. Daher empfiehlt er es im Anschlusse an die günstigen Urteile von Prof. Ehrmann, Prof. Maramaldi u. a.

VII. Notizen.

Wien. Prof. Dr. J. Schottlaender und Priv.-Doz. Doktor F. Kermauner, Heidelberg, die mit Prof. v. Rosthorn übergesiedelt sind, sind als Privatdozenten für Geburtshilfe und Gynäkologie zugelassen. a. o. tit. Prof. Dr. Kraus, Adjunkt am Serotherapeutischen Institut, hat den Charakter eines a. o. Prof. erhalten. Dr. Leo Fleischmann habilitierte sich für Zahnheilkunde.

Krakau. Dr. Hryncewicz ist zum a. o. Prof. für Anthropologie ernannt.

Prag. a. o. Prof. Landessanitätsinspektor Matiegka ist zum a. o. Prof. für Anthropologie und Demographie an der Böhmischen Universität ernannt. Prof. Dr. Zaufal, Vorstand der Otiatrischen und Rhinologischen Klinik, tritt vom Lehramt zurück; als Nachfolger ist a. o. Prof Dr. Piffl in Aussicht genommen.

Straßburg. Der Ordinarius der Pharmakologie in Straßburg Prof. Dr. Oswald Schmiedeberg feiert am 11. d. M. seinen 70. Geburtstag.

Todesfall. Hofrat Dr. K. Langer, früher Direktor des Krankenhauses Wieden in Wien.

(Schluß des redaktionellen Teiles.)

VIII. Eingesendet.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Die „Wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens“ hat an den „Verband der Ärzte Wiens“ die Bitte gerichtet, sie bei der Aufstellung von Vertrauensmännern und deren Stellvertretern freundlichst unterstützen zu wollen.

Es sollen nämlich in jedem Bezirke Wiens je zwei Vertrauensmänner und je zwei Stellvertreter gewählt werden, deren derzeitige Hauptaufgabe es wäre, alle der Organisation noch nicht angehörigen Ärzte derselben zuzuführen.

Im November d. J. soll im Parlamente das Krankenkassengesetz zur Verhandlung kommen, und ist es Pflicht aller Ärzte Wiens organisiert zu sein, um den unsere Sache vertretenden Parlamentariern festen Rückhalt zu bieten.

Jeder dem Verbande der Ärzte Wiens angehörige ärztliche Verein möge aus den organisierten Ärzten seines Bezirkes je einen Vertrauensmann und einen Stellvertreter nominieren.

Der zweite Vertrauensmann und dessen Stellvertreter wird aus den Ortsgruppen deutscher Ärzte Wiens gewählt werden. Da aber dieser Gegenstand ein sehr dringender ist, wird die sehr geehrte Vereinsleitung gebeten, die gewählten Kollegen, deren Aufgabe gewiß keine kleine und sehr ernste ist, baldigst, und zwar längstens bis zum 15. Oktober d. J. an die Adresse: Dr. M. Obhlidal, XII., Ehrenfelsgasse 1, bekannt zu geben und jetzt schon eine intensive Agitation einzuleiten.

Die gedruckten Beitrittserklärungen zur Organisation sowie die Erlagscheine für den diesjährigen Verwaltungsbeitrag im Betrage von K 3 für praktizierende und K 2 für Hilfsärzte sind bei Herrn Dr. L. Skorscheban, VIII., Kochgasse 16, erhältlich.

Möge uns der November d. J. gerüstet finden.

Für den „Verband der Ärzte Wiens“:

Dr. E. Cimler, dz. Schriftführer.

Dr. M. Obhlidal, dz. I. Vizepräsident.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 43. Wien, 24. Oktober 1908. Nr. 43.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Beinleiden.

Beitrag zur Kasuistik und Therapie.

Von **med. Dr. N. Brann**, Berlin.

Die Zahl der ungeheilt bleibenden Fälle von ulcera cruris, varicösen Ekzemen, Paraphlebitiden und elephantiastischen Prozessen der unteren Extremitäten, von chronischen Gonititiden und atonischen Zuständen der Talo-crural-Gelenke (pes planus usw.) ist eine große.

Die Mehrzahl der an diesen Beinschäden leidenden Patienten wird arbeitsunfähig, und dem Wohlstande ganzer Familien werden durch die chronische Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ihrer Ernährer tiefe Wunden geschlagen.

Das noch immer vielfach übliche ärztliche Postulat der absoluten Ruhelage ist an sich zur Verbesserung der gestörten Zirkulationsverhältnisse gerechtfertigt; die in den erweiterten Venen und Lymphgefäßen stockenden Säftemassen kommen in Fluß, der verbesserte Kreislauf führt arterielle Säfte an die entzündeten und nekrotischen Partien, frische Granulationen schießen nach Reinigung der Wunde empor, und die Überhäutung vollzieht sich.

Ähnliche Verhältnisse werden aber auch durch einen geeigneten Kompressionsverband geschaffen, wobei noch infolge der dauernden Gehbewegungen und Muskelkontraktionen die Wirkung einer natürlichen Massage hinzutritt; der Patient aber bleibt in vielen Fällen dabei arbeits- und erwerbsfähig. Ein derartiger Verband muß nur zwei Anforderungen genügen: 1. darf er nicht elastisch sein, wie etwa Verbände aus Gummi- oder Trikotbinden, weil derartige Verbände den Schwellungszuständen und Muskelwellen gegenüber eben wegen ihrer Elastizität machtlos sind, und 2. dürfen diese Verbände dem Patienten in seiner freien Bewegungsfähigkeit nicht hinderlich sein, wie z. B. Gipsverbände durch ihre Schwere. Mehr als Tourenverbände haben sich mir persönlich die unelastischen, aber doch kompressiblen Pflasterstreifenverbände bewährt, die den Indikationen zur Vermeidung unnötiger Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit durch die Möglichkeit, die notwendige Kompression lokal zu dosieren und zu differenzieren, am meisten genügen.

Die Kombination zweier Postulate: die sachgemäße lokale Behandlung des bestehenden ulcus, der bestehenden Entzündung, des entzündeten paraphlebitischen Stranges, der atonischen Gelenkverbindung mit der allgemeinen Kompressionsbehandlung der lymphatisch geschwollenen Extremität setzt nun therapeutische Schwierigkeiten, die in der allgemeinen Praxis bisher nicht überwunden worden sind: Die ambulatorische Spezialbehandlung dieser Beinschäden erfordert eine besonders ausgebildete und praktisch auch eingeübte Heilmethode.

Diese Kompressionsbehandlung der atonischen Unterschenkel gehört nun zwar seit Baynton, Volkmann, Bardeleben, Martin usw. zum eisernen Wissensbestande aller ärztlichen Kollegen; aber in den chirurgischen und dermatologischen Kliniken wird in der Fülle des zu Lehrenden auf dieses praktisch so wichtige Gebiet zu wenig Gewicht gelegt; sonst wäre es ja ein Nonsens, daß die Beingeschwüre noch heute als Schmerzenskinder der Arzte gelten und die sonst ganz willkommene Anmeldung eines neuen Patienten nur mit höchst gemischten Empfindungen begrüßt wird, wenn es sich um einen an varikösen Geschwüren Leidenden handelt. Auch in unseren Krankenanstalten sind „Beinleidende" häufig wiederkehrende Gäste und Dauererfolge sind auch hier oft nicht zu erzielen. Wir geben im nachfolgenden einen typischen Fall an der Hand der Akten einer Berufsgenossenschaft wieder, der als Beitrag zu meinen Bestrebungen angesehen werden mag, die Aufmerksamkeit weiterer Fachkreise auf die Notwendigkeit einer Spezialisierung auch dieses Gebietes ärztlichen Handelns zu lenken:

Der Arbeiter Sch. erlitt am 11. Dezember 1900 einen Unfall; er wollte mit einer Chausseewalze eine Drehung vornehmen. Die vor die Walze gespannten Pferde zogen unverhofft an, und die hintere Deichsel schlug ihm an das rechte Schienbein.

19. Februar 1901: Gutachten von Dr. M.: Status. Ich fand am 10. Dezember 1900 den rechten Unterschenkel in seinen unteren zwei Dritteln stark angeschwollen und mit an verschiedenen Stellen befindlichen geschwürigen Flächen versehen.

Möglicherweise handelt es sich um die Aufnahme von rosenartigen Entzündungserregern (Erysipel). Mitte Januar



starke Verschlimmerung der Entzündungserscheinungen und Ausbreitung der Geschwürsflächen.

Therapie: Bettruhe, Hochlagerung, feuchte Verbände und Salbenverbände. Prognose: Einen dauernden Schaden wird Sch. voraussichtlich nicht davontragen, zur Zeit völlig erwerbsunfähig.

14. März 1901: Sch. ist als geheilt zu betrachten. Er hat seine Arbeit vollständig wieder aufgenommen. Funktionsstörung als Folgen seines Unfalls bestehen nicht mehr. Weitere Maßnahmen sind nicht mehr nötig.

17. April 1901: Erklärung des Verletzten: Ich kann zwar zur Zeit leichte Arbeiten verrichten, aber keine schweren. Das Bein schwillt im Laufe des Tages immer an und schmerzt.

10. Juni 1901: Gutachten des Kreisarztes Medizinalrats Dr. K.: Der rechte Unterschenkel zeigt in seinem unteren Drittel eine denselben ringförmig umgebende blaurote Verfärbung und Verdickung der Haut, die an verschiedenen Stellen der hinteren Fläche eine leicht verletzliche Beschaffenheit der neugebildeten Oberhaut erkennen läßt. Diese nach einer äußerst langwierigen Entzündung zurückgebliebene Veränderung der Haut und der Weichteile macht glaubhaft bei andauerndem Stehen Beschwerden. Jedenfalls ist Sch. noch sehr schonungsbedürftig.

26. Febrnar 1902: Medizinalrat Dr. K.: Status. Am unteren Drittel des rechten Unterschenkels ist die Haut braun pigmentiert und verdickt. Oberhalb dieser Hautpartien stark entwickelte Krampfadern, die früher nicht da waren. Sch. ist außer Stande, längere Zeit ohne Beschwerde zu stehen oder angestrengt zu gehen. Das Heilverfahren ist beendet (?); eine Besserung später zu erwarten. (?)

23. Mai 1903. Medizinalrat Dr. K.: An der vorderen Fläche des unteren Drittels am rechten Unterschenkel eine mit einem rötlich grauen, eingetrockneten Schorf bedeckte Stelle; der Schorf ist durch eine serös-eitrige Absonderung entstanden. Auch unterhalb des Schorfes ist die Haut im Zustande oberflächlich ulzerativer Absonderung. An den oberen zwei Dritteln erhebliche Krampfaderbildungen. Eine dauernd verbleibende Schädigung ist nunmehr anzunehmen. Das Heilverfahren ist beendet. (?)

16. Dezember 1904: Der durch den Unfall verletzt gewesene Unterschenkel ist wieder entzündlich mit Geschwürsbildung erkrankt. Sch. ist ganz arbeitsunfähig. Der behandelnde Arzt Dr. M.

20. Dezember 1904: Auch am linken Unterschenkel haben sich nunmehr Krampfadern und ein Geschwür entwickelt. Dr. M.

22. April 1905: Der Vertrauensarzt Sanitätsrat Dr. A.: Beide Unterschenkel verdickt und mit bräunlicher, teils bläulich oder braunroter veränderter Haut in ihren unteren Dritteln bedeckt. Dabei besteht teigige Schwellung und starke Krampfaderentwicklung, die rechts noch stärker als links ist. Am rechten Schienbein ein markstückgroßes Geschwür mit hartem, geschwollenem Rande.

Am linken Beine zwei derartige chronische Krampfadergeschwüre. Diese hier ohne traumatische Ursache, lediglich im bekannten (ihm bekannten!) Verlaufe von entzündeten Krampfadern.

Die Geschwüre zeigen nur geringe Vernarbungstendenzen. Eine baldige sichere oder dauernde Heilung ist nicht anzunehmen. Ich beantrage Dauerrente.

Nunmehr, nach über 4jährigem Leiden entschloß sich die Berufsgenossenschaft, Sch. an mein Institut zur Spezialbehandlung zu überweisen. Nach Studium der Krankengeschichte tauchten mir sofort gegen die bisherigen Gutachten zwei Bedenken auf: Warum erklärt Herr Medizinalrat Dr. K. in seinem Gutachten vom 23. Mai 1903 „eine dauernd verbleibende Schädigung ist nunmehr anzunehmen. Das Heilverfahren ist beendet“? Und Herr Sanitätsrat Dr. A. am 22. April 1905: „eine baldige, sichere oder dauernde Heilung ist nicht anzunehmen“? Nicht einmal der Versuch einer Spezialbehandlung wurde der Berufsgenossenschaft nahe gelegt!

Über die Berechtigung dieser Kritik mag die folgende Fortsetzung der Krankengeschichte entscheiden:

14. Mai 1905 Dr. Br.: R) Vorderfläche, Grenze des mittleren und unteren Drittels 10 Pf.-Stück großes Geschwür mit steilen, wallartigen Rändern, besteht seit 4 Jahren. L) Vorderfläche, Mitte ein über Talergröße mit steilen Rändern versehener Zerfallsprozeß; über demselben ein kleines, flaches Geschwür, seit zirka 5/4 Jahren. Beiderseits mittlere Krampfaderentwicklung, aber chronisch pralles Ödem (Lymphhyperplasie) beider Unterschenkel. Therapie: Die Ursache der seit Jahren bestehenden Prozesse ist die chronische Stauung der Gewebsflüssigkeiten. Die sachgemäße Therapie besteht nicht in Ruhelage und Schonung, sondern in dem Anlegen und Tragen geeigneter Kompressionsverbände, die die Stauungen beheben und gerade bei fleißiger Bewegung und Muskeltätigkeit normale Zirkulationsvor-

Feuilleton.

Die Forderungen der Ärzte an die Reform der Krankenkassengesetzgebung.

(Schluß.)

IV. Die Ärzteschaft fordert zur Regelung der Honorarverhältnisse zwischen Krankenkassen und Ärzten die gesetzliche Schaffung von Vertrags- und Einigungskommissionen.

Gründe:

1. Bisher waren die Ärzte bei Bestimmung ihrer Honorare für ärztliche Behandlung von Kassenmitgliedern der reinen Willkür der Kassenleitungen ausgeliefert, welche sogar ohne Rücksicht auf ihre Parteigrundsätze, in der Tendenz die Löhne für ärztliche Behandlung möglichst tief zu drücken, die Ärzte nicht selten im Wege des Mindestanbotes, im Wege der Aufnahme von Ärzten, die sich durch ihr Verhalten in ihrer Bewerbung gegen die Ansichten von ärztlicher Standesehre vergangen haben, aufnahmen.

2. Weder der Staat noch die Gesellschaft kann willens sein, den für das Staatswohl so wichtigen ärztlichen Stand dem wirtschaftlichen Untergange preiszugeben, dem er durch die einseitige Bestimmung des Honorares durch die Kassenleitungen ausgeliefert erscheint. Die primitivsten Grundsätze von Recht und Billigkeit können nicht zulassen, daß ein akademischer Stand der wehrlosen Ausbeutung durch eine Gesellschaftsklasse überantwortet werde.

3. Der ärztliche Stand hat auf den Schutz des Staates umsomehr Anspruch, als die Ärzte nicht nur kurativ wirken, sondern für den Staat unentgeltlich öffentlich-gesundheitliche Dienste leisten müssen.

4. Die ärztlichen Standesvertretungen, die Ärztekammern und die ärztlichen Organisationen fordern von der Regierung, daß ihnen der nach Recht und Billigkeit selbstverständliche Einfluß auf die Honorarregulierung durch Schaffung von Vertrags- und Einigungskommissionen gewährleistet werde, in welchen ihnen die nachdrückliche Vertretung der Interessen der gesamten Ärzteschaft ermöglicht wird.

V. Die Ärzteschaft Österreichs kann sich für die Familienversicherung nur bei Einführung einer Einkommensgrenze nicht über 2400 Kronen jährlich und der ausdrücklich im Gesetze ausgesprochenen Möglichkeit der Einführung der freien Ärztewahl aussprechen. Für diesen Fall ist sie dann für die obligatorische Familienversicherung. Die Landärzte verlangen unter allen Umständen die im Gesetze gebotene Möglichkeit der Einführung der obligatorischen Familienversicherung dort, wo deren Notwendigkeit von den dazu berufenen Faktoren (Ärzten, Bezirkshauptmannschaften, Gemeinden) als gegeben erklärt wird.



gänge schaffen. Sch. ist dabei dauernd erwerbsfähig.

14. August 1905. Dr. Br.: Die Geschwüre beider Unterschenkel sind überhäutet; Schwellungen bestehen nur noch minimale. Die volle Erwerbsfähigkeit ist wieder vorhanden.

7. September 1905. Sanitätsrat Dr. A.: Das traumatische Geschwür auf dem rechten Schienbein ist vollständig geheilt und die allgemeine Stauung des Unterschenkels unter einem Kompressionsverbande geringer geworden. Die Haut ist dünn und zart, die Narbe etwas hart. Am linken Beine sind die Verhältnisse ähnliche. Die Geschwüre sind geheilt.

8. Oktober 1905. Dr. Br.: Nunmehr halte ich das Heilverfahren für abgeschlossen, zur Vermeidung von Rückfällen aber auch das fernere Tragen von Kompressionsverbänden (nicht Gummistrümpfen) für notwendig.

22. August 1906; 3. Juli 1907; 1. August 1908: An den Unterschenkeln des Sch., der dauernd Verbände trägt, die etwa alle 4 Wochen gewechselt werden, keine Wunden, keine entzündlichen Hautveränderungen, keine Schwellungen. Sch. ist dauernd voll erwerbsfähig. (Schluß folgt.)

Über die Extraktion der Kinder bei Steißgeburten ohne Entwickelung der Arme nach Mueller.

Von **Dr. Nikolaus Cukor** (Franzensbad-Wien.)

(Schluß.)

Am 78. Naturforscherkongreß zu Stuttgart im Jahre 1906 hat Labhard aus Basel über die Erfahrungen berichtet, die mit der seit einem Jahre in der Klinik eingeführten Muellerschen Methode erreicht worden sind.*) Von 77 Beckenendlagen verliefen 8 spontan, 17 kommen nicht in Berechnung wegen früheren Absterbens des Kindes; in den übrig gebliebenen 58 Fällen gelang die Extraktion nach Mueller in 53 Fällen. Bei der Vergleichung mit der früheren Statistik fand er, daß bei 53 Extraktionen mit Armlösung 7 mal eine Verletzung des Kindes und 6 mal Fieber im Wochenbette vorkamen; demgegenüber bei den Extraktionen nach Mueller nur ein Kind Verletzung erlitt und nur eine Mutter leicht febril war. Die Operationen wurden zum größten Teil von Studenten, also von ungeübten Händen ausgeführt.

Ebenso referierte über günstige Erfolge am 5. November 1907 Calman in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Hamburg. Er selbst hat 22 Fälle nach Mueller behandelt. ²/₃ waren Erstgebärende. Fünf enge Becken, alle II. Grades, ein plattes und ein allgemein verengtes waren darunter. 4 Kinder sind gestorben, davon 2 bei Placenta praevia, 1 infolge schwerer Wendung, 1 infolge Nabelschnurvorfalles. Also die Mortalität der Kinder war infolge der Extraktion in 22 Fällen = 0, ebenso kamen keine Verletzungen der Kinder vor. In 4 Fällen gelang es zwar nur einen Arm nach Mueller zu lösen, — aber die Methode ist niemals ganz erfolglos geblieben.

Wenn ich jetzt eine Statistik aus den bisher mitgeteilten Fällen aufzustellen versuche, komme ich zu folgenden Zahlen:

Es gelang nur einen Arm nach Mueller zu lösen.

bei Lovrich	von	237	Fällen	in	33	Fällen	
„ Calmann	„	22	„	„	4	„	
		259	„	„	37		= 13%

Die Muellersche Methode ist erfolglos geblieben

bei Mueller	von	99	Fällen	in	4	Fällen	= 4%
„ Lovrich	„	237	„	„	15	„	= 6·6%
„ Labhardt	„	58	„	„	5	„	= 8·6%
„ Nijhoff	„	24	„	„	1	„	= 4·2%
„ Calmann	„	22	„	„	0	„	= 0·0%
		440	„	„	25	„	= 5·6%

Also wie aus diesen Zahlen ersichtlich ist, war die Methode nur in 5·6% der Fälle erfolglos geblieben. Dabei waren bei der Lovrichschen Statistik 92·4% der Fälle mit der alten Methode noch rechtzeitig zu retten.

Für die Mortalität der Kinder mit Vergleichung der alten und neuen Methode findet man folgende Zahlen:

bei Lovrich	fallen auf	212	Fälle	38	Todesfälle	= 17.9%
„ Labhardt	„ „	53	„	9	„	= 17·0%
		265		47		17·4%

Mit der Muellerschen Methode fallen:

bei Lovrich	auf	237	Fälle	16	Todesfälle	= 6·7%
„ Labhardt	„	53	„	6	„	= 12·0%
		290		22		9·3%

*) Anm. Während der Drucklegung erschien eine neue größere Arbeit von Labhard im Archiv für Gynäkologie Bd. LXXXIV Heft 3, welche wiederum auf Grund eines großen Materials warm für die Methode eintritt.

Gründe:

1. Durch die Einführung der obligatorischen Familienversicherung wird der unentgeltlichen ärztlichen Hilfe eine außerordentlich große Anzahl von Personen zugeführt, welche ohne Einführung der freien Arztwahl der privatärztlichen Behandlung, in der sie bislang gestanden sind, entzogen werden. Dadurch würden einer sehr beträchtlichen Anzahl von Ärzten die Daseinsbedingungen geschmälert, wenn nicht gar vernichtet. Als Voraussetzung für die Familienversicherung muß somit die Möglichkeit von der Einführung der freien Arztwahl als conditio sine qua non gefordert werden.

2. Würde die Einkommensgrenze über 2400 Kronen angenommen, dann würden dadurch auch der Familienversicherung nicht nur weitere zahlreiche Personen, sondern auch solche zugeführt, für welche ein wirtschaftliches Bedürfnis dafür nicht besteht und ein solches aus Gründen der gleichmäßig gerechten Sozialpolitik nicht gerechtfertigt werden kann. Bei Einführung einer höheren Einkommensgrenze als 2400 Kronen müßte somit die Ärzteschaft Österreichs aus Selbsterhaltungstrieb der Einführung der Familienversicherung den größten Widerstand entgegensetzen.

3. Die Landärzte verlangen in Rücksicht auf die auf dem Lande vorwaltenden besonderen Verhältnisse, daß unter allen Umständen im Gesetze die Möglichkeit geboten sei, die Familienversicherung dort obligatorisch einzuführen, wo die dabei beteiligten Faktoren (Ärztekammer, Gemeinde-, Bezirkshauptmannschaft usw.) es als notwendig erachten, da unter den bestehenden Verhältnissen die Gemeindeärzte häufig auf Grund des Berufszwanges zu ärztlichen Leistungen, zur Verabfolgung von Medikamenten gezwungen werden, ja sich aus Humanität bewogen fühlen, welche ihnen weder von der Gemeinde, noch von irgend einer anderen Seite bezahlt werden.

VI. Die Ärzteschaft Österreichs verlangt die ausdrückliche Beseitigung der Verabreichung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung durch registrierte Hilfskassen oder andere Vereine.

Gründe.

1. Diese Forderung stellt eine Kardinalforderung der Ärzteschaft dar, weil die Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes gegen die Beschlüsse der Wiener Ärztekammer die Ärzteschaft, soweit sie nicht den obligatorischen Krankenkassen überantwortet ist, den registrierten Hilfskassen zur beliebigen Ausbeutung für den durch die Kassen übrig bleibenden Rest der Bevölkerung wehrlos ausliefert.

Mit den Gesetzen für die obligatorische Krankenversicherung und den registrierten Hilfskassen erscheint nach der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes die Möglichkeit geboten, Proletariern wie Millionären und allem, was dazwischen liegt, sich unentgeltliche ärztliche Behandlung durch pauschalierte Ärzte zu verschaffen. Zur Erreichung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung brauchen Nichtversicherungs-

Also fast zweimal bessere Resultate als früher.

Wenn wir die Mortalität der Kinder aus allen nach Mueller behandelten Fällen ausrechnen,

nach Mueller	= 8·8 %	also = 9·1 %
„ Lovrich	= 6·7 %	
„ Labhardt	= 12·0 %	

Für die Berechnung der Verletzungen der Kinder und bei der Vergleichung mit der alten Methode finden wir, daß

bei Lovrich fallen auf	212 Fälle	14 Verletzungen	= 7·7%
„ Labhardt „ „	53 „	7 „	= 12·0%
	265	21	9·8%

bei der neuen Methode

bei Lovrich fallen auf	237 Fälle	4 Verletzungen	= 2·1%
„ Labhardt „ „	53 „	1 Verletzung	= 1·6%
	290	5	1·8%

Also nach dieser Statistik kommen bei der Muellerschen Methode 5 mal weniger Verletzungen des Kindes vor.

Für die Mortalität der Mütter können wir nur die vergleichende Statistik von Lovrich in Betracht ziehen. Andere Mitteilungen liegen nicht vor.

Bei 212 mit Armlösung behandelten Fällen waren zwei Frauen infolge Sepsis gestorben = 0·94 %.

Bei 237 Fällen, bei denen die Kinder nach Mueller extrahiert wurden, ist kein Todesfall infolge einer Sepsis vorgekommen.

Für die Wochenbetterkrankungen der Mütter finden wir, daß bei der früheren Methode

bei Lovrich von	210 Fällen	32 = 15·9 %
„ Labhardt „	53 „	6 = 11·3 %
also in	263 Fällen	38 = 13·6 % der Fälle

fieberkrank waren.

Hingegen bei der neuen Methode hatten

bei Lovrich von	234 Fällen	34 = 14·3 %
„ Labhardt „	53 „	1 = 1·8 %
also in	287 Fällen nur	35 = 8·0 % der Fälle

gefiebert.

Wenn wir die Zahlen kurz zusammenfassen, so kommen wir beim Vergleich der alten und neuen Methode zu folgende Prozentzahlen. Während der Operation mit der Muellerschen Methode sind 9·3 % der Kinder gestorben (früher 17·4 %). Infolge der Operation wurden 1·8 % der Kinder verletzt, früher (9·8 %). Die Morbidität der Mütter nach der Muellerschen Methode war 8·6 % (früher 13·6 %), die Mortalität der Mütter = 0 hingegen bei der alten Methode 2 Todesfälle infolge Sepsis. Wenn also von den noch allerdings spärlichen Mitteilungen diese günstige Statistik festzustellen ist, dann hat die Methode wohl allen Anspruch darauf, weiter geprüft, ja sogar allgemein angewandt zu werden.

Literatur.

Mueller, Monatsschrift für Gyn. u. Geb. Band VIII, 478 und 785.
Lovrich, Die Extraktion nach Mueller, Monatsschrift für Gyn. u. Geb. Bd. XXI, p. 293.
Veit, Zentralbl. f. Gyn. 1907, Febr.
Cyzienicz, Zentralbl. f. Gyn. 1905, p. 1563.
Nijhoff, Zentralbl. f. Gyn. 1907, p. 766.
Labhardt, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIV, p. 543.
Calmann, Zentralbl. f. Gyn. 1907, Febr.

Professor Dr. Eduard Spiegler.

Am 20. Juli d. J. erlöste der Tod Prof. Spiegler von schwerem, mehrjährigen Leiden. Noch wenige Wochen vorher war er, den Arbeitseifer, Gewissenhaftigkeit und Pflichtgefühl nicht ruhen ließen, mitten in seinem reichen, weitverzweigten Wirkungskreis tätig gewesen. Bis in die letzte Zeit demonstrierte er sowohl in der k. k. Gesellschaft der Ärzte, als auch in der dermatologischen Gesellschaft interessante Fälle. An dem Kongreß für Dermatologie und Syphilis, der Pfingsten d. J. in Frankfurt a. M. stattfand, wollte Professor Spiegler, ein eifriger Besucher der dermatologischen Kongresse, nicht fehlen. Trotz starker Schmerzen fuhr er nach Frankfurt, wurde dort bettlägerig und konnte sich, von Freunden mit Mühe nach Wien gebracht, seither nicht völlig erholen.

Während er geistig frisch und rege war bis zum letzten Tage, schwanden allmählich seine Kräfte, und Gang und Gesichtsausdruck wurden die eines Schwerkranken. Obwohl er alle Zeichen seiner schweren Krankheit an sich hatte, gelang es seinen Freunden, in ihm den Glauben zu lassen, es handle sich abermals um schwere Attaguen der schweren Ischias, Am 11. Juli besuchte er noch die von ihm geleitete Abteilung der allgemeinen Poliklinik.

Schwer atmend und ermattet kam er in die im zweiten Stock gelegenen Ambulanzräume, um von den Ärzten seiner Abteilung vor Antritt des Sommerurlaubs Abschied zu nehmen.

---

pflichtige nur registrierten Hilfskassen beizutreten, die nach der Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes in der Beistellung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung von den Ärztekammern nicht behindert werden dürfen.

2. Es besteht die Gefahr, daß auch Krankenvereine, welche zumeist die Gewährung freier ärztlicher Behandlung aufgegeben haben, diese wieder einzuführen versuchen werden, um der Konkurrenz sich eventuell bildender registrierter Hilfskassen zu begegnen. Dazu besteht die Gefahr, daß der Verwaltungsgerichtshof den Widerstand der Kammern auch dagegen wieder in Rücksicht auf das Selbstbestimmungsrecht der Vereine und „der Ärzte“ — so wird das standesunwürdige Vorgehen minderwärtiger Ärzte bezeichnet — zurückweist.

3. Ist die Ärzteschaft Österreichs bereit, die registrierten Hilfskassen in allen ihren Belangen zu unterstützen, wenn ihnen die Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Hilfe untersagt wird. Die Versicherung auf Kranken- und Begräbnisgeld ohne Rücksicht auf das Einkommen kann nur begrüßt werden; ist doch dadurch jedermann Gelegenheit geboten, sich für den Krankheitsfall einen Ausfall im Verdienste und eine Schadloshaltung für ärztliche Behandlung, Medikamente usw. zu sichern mit dem nicht hoch genug anzuschlagenden Vorteile, sich den Arzt seines Vertrauens wählen zu können.

4. Nachdem in der obligatorischen Krankenversicherung nach dem Reformprogramm der Regierung bei einer Einkommensgrenze von 2400 Kronen alle der Krankenversicherung mit Leistung unentgeltlicher ärztlicher Hilfe bedürftigen Personen einbezogen erscheinen, muß zum Schutze des ärztlichen Berufes nach Recht und Billigkeit jede anderweitige Versicherung auf Gewährung unentgeltlicher ärztlicher Behandlung, in welcher Form immer, sei es im Wege registrierter Hilfskassen oder von Vereinen oder sonstwie, untersagt sein.

Zu diesen Forderungen verlangen die Ärzte noch:

VII. Daß bei Krankenkassen auch über die ärztlichen Leistungen bei den Erkrankten ohne Krankengeldbezug Ausweise herausgegeben werden.

Grund:

Weil bei Vernachlässigung der ärztlichen Leistungen bezüglich jener Kranken, die ein Krankengeld nicht beziehen, ein großer Teil ärztlicher Leistung nicht ausgewiesen scheint, somit das Bild der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Krankenkassen verschleiert wird.

VIII. Fordern die Ärzte, daß die Ärztekosten nicht gemeinsam mit den Kosten der Laienkontrolle geführt werden, sondern in den Ausweisen gesondert davon erscheinen.

Grund:

Weil die gemeinsame Führung der Kosten für ärztliche Behandlung und Laienkontrolle die Bezüge der Ärzte in falscher Höhe erscheinen lassen.



Bewußtlos wurde er am 20. Juli vom Semmering in seine Wohnung gebracht und starb am selben Tag.

Prof. Spiegler, der phil. und med. Doktor war, hat sich zuerst dem Studium der Chemie zugewendet und studierte in Jena, Straßburg, Zürich und Graz.

Aus dem Laboratorium des Prof. V. Meyer in Zürich stammen seine Arbeiten: „Über einige hochmolekulare Azetoxime der Fettreihe“. „Zur Kenntnis der Euxanthongruppe“ und „Zur Kenntnis des Diphenylazetoxims“. Die ersten Arbeiten Prof. Spieglers aus der Klinik Kaposi waren „Das Thiophen und seine therapeutische Anwendung“ und „Eine empfindliche Reaktion auf Eiweiß im Harne“. In dieser Publikation gibt er eine Lösung von Sublimat, Weinsäure und Saccharose bekannt, welche noch den deutlichen Nachweis von Albumen im Verhältnisse von 1:50.000 zuläßt und unter dem Namen Spieglersches Reagens allgemein benützt wird.

Im Jahre 1891 wurde Spiegler Assistent auf Kaposis Klinik, im Jahre 1895 habilitierte er sich. Spiegler war ein fleißiger und gründlicher wissenschaftlicher Arbeiter. Von seinen zahlreichen Arbeiten sind manche mühevolle und ausführliche auf neuen Gesichtspunkten fußende Forschungen.

Leichtere, referierende oder kasuistische Arbeiten liebte er nicht. In seiner ausführlichen Arbeit „Über die Trichorrhexis nodosa barbae (Kaposi) und ihren Erreger“ fand er den Bazillus dieser parasitären Erkrankung. Viel zitiert ist seine Arbeit „Über die sogenannte Sarkomatosis cutis“ und „Über Endotheliome der Haut“.

In der Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi empfiehlt er unter dem Titel „Über eine Methode zur Heilung chronischer Lokalekzeme“ die Kali- und Argentumätzung, die große Verbreitung gewonnen hat. Die wichtigste Arbeit aus den letzten Jahren ist die Pigmentarbeit. Im Jahre 1903 erschien aus dem chem. Laboratorium von Hofrat A. Lieben „Über das Haarpigment“ und 1907 erschien aus seinem eigenen Laboratorium „Über das Haarpigment nebst Versuchen über das Chorioidealpigment“. Spiegler fand in den Haaren der Schimmel und der weißen Schafe ein weißes Pigment.

In den „Mediz. Blättern“ erschienen u. a. folgende Arbeiten Prof. Spieglers: „Zur Ätiologie des Verbrennungstodes“, „Über die Einreibungskur bei Syphilis“. „Über die sogenannte physiologische Albuminurie“, „Über den derzeitigen Stand der Bestrebungen einer Serumtherapie der Syphilis“, „Kritisch experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Verbrennungstodes“.

Von anderen Arbeiten Prof. Spieglers seien noch genannt: „Histologische Studien über das Eczema marginatum (Hebra)“, „Über Lokalreaktion infolge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen“. Zahlreiche Themen behandelte er in Vorträgen, so sprach er im Medizinischen Doktorenkollegium „Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Kosmetik“ und über „Die Behandlung der Syphilis im Frühstadium“ im Kaiser Franz Josefs-Ambulatorium.

Spiegler, der im Jahre 1900 den Titel eines außerordentlichen Professors erhielt, beschäftigte sich in den letzten Jahren hauptsächlich mit den Arbeiten über Pigment, die er in seinem eigenen reich ausgestatteten chemischen Laboratorium ausführte. Eine chemische Arbeit aus seinem Laboratorium war es auch, die er am letzten Kongreß für interne Medizin im Juni d. J. (Über Globuline im Blute Syphilitischer) vortrug. Prof. Spiegler besaß ein tiefes und gründliches Wissen. Als langjähriger Assistent Kaposis war er ein Meister in klinischer Beobachtung. Er war ein außergewöhnlich guter und wohltätiger Mensch. In seinem Wesen waren Offenheit und Aufrichtigkeit, verbunden mit einer unerschütterlichen Ruhe hervorstechend unter seinen übrigen ausgezeichneten Charaktereigenschaften.

Prof. Spiegler erfreute sich eines überaus schönen und glücklichen Familienlebens. Eine Witwe und zwei Kinder betrauern ihn. — Die Wissenschaft hat einen schweren Verlust erlitten; in die Bresche, die der Tod gerissen, werden andere Forscher und Gelehrte treten, um auf seinem Wege weiterzuarbeiten. Eine unausfüllbare Lücke jedoch ließ der Tod Spieglers bei allen denjenigen zurück, die diesem seltenen Menschen nahe gestanden. *Fasal.*

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Juristen und Ärzte. — Der thalassotherapeutische Kongreß. — Standesregelung des militärärztlichen Offizierskorps.)

Erst die Ärzte, dann die Juristen. Daran dachten unsere grundgescheiten Juristen nicht. Mit verschränkten Armen sahen sie zu, wie wichtige Befugnisse der Ärzte Laien, den Zahntechnikern, überantwortet werden sollten. Aber die Sollizitatoren und Advokatursbeamten dachten — von ihrem Standpunkte aus — ganz logisch: Was den Zahntechnikern billig ist, muß auch für Sollizitatoren recht sein. Sie verlangen vorläufig das Substitutionsrecht vor Gericht; wird diese Forderung bewilligt, kommen die anderen nach. Nur so weiter. Die Absurdität des im Sanitätsausschusse des Parlaments angenommenen Regierungsentwurfes bezüglich der Zahntechnikerfrage kann nicht besser als durch diese Weiterungen illustriert werden.

In Abbazia fand vorigen Monat der thalassotherapeutische Kongreß statt, bei dem u. a. Ernst v. Leyden, Ludwig, Corito (Neapel) anwesend waren. Von wissenschaftlichen Vorträgen erwähnen wir folgende:

Dr. J. Kurz, Abbazia, sprach über den „Einfluß der Seebäder in Abbazia auf Frauenkrankheiten“ und kam zu folgenden Schlüssen: Auf Grund längerer Beobachtung von zirka 400 gynäkologischen Fällen kann die Behauptung aufgestellt werden, daß die Seebäder in Abbazia bei der Behandlung von Frauenkrankheiten in vielen Fällen mit Erfolg angewendet werden können. Bei sorgfältiger Individualisierung dürften die durch die Seebadekur erreichten Resultate bei Frauenleiden den Heilerfolgen anderer Bäder, zum Beispiel der Solbäder, nicht nachstehen, so daß die Thalassotherapie als selbständige Heilmethode und nicht bloß zur Nachkur nach anderen Badekuren weitgehende Beachtung und größere Verbreitung verdient, als ihr bisher zuteil wurde. Daß gerade Abbazia sich für die Seebadekur eignet, liegt in den besonderen klimatischen Verhältnissen des Ortes begründet, die zu einer jeden Jahreszeit die Durchführung der thalassotherapeutischen Behandlung ermöglichen, ferner in verschiedenen hier getroffenen Einrichtungen und Hilfsmitteln, die den Kuraufenthalt zu einem ersprießlichen und angenehmen gestalten.

Oberarzt Dr. Karl Diehm, Wien, nahm zu der Frage der schwimmenden Sanatorien Stellung und führte aus:

Die Frage der schwimmenden Sanatorien kann heute schon als eine aktuelle bezeichnet werden. Die Notwendigkeit solcher Schiffe ist zweifellos und das Verlangen nach ihnen wird täglich dringender, da sie einem Bedürfnis der modernen Therapie entsprechen. Über Bau, Einrichtung und Leitung derartiger Kurschiffe läßt sich derzeit bereits ein ziemlich genaues Bild geben. Auch die Indikationen für die Entsendung der verschiedenen Kranken auf ein Sanatoriumschiff stehen zum großen Teile fest; sie werden fortlaufend vermehrt. Wichtig ist die Wahl eines geeigneten Operationsfeldes, eines Kreuzungsgebietes der Schiffe, das die ununterbrochene, ganzjährige Ausnützung der Heilkräfte des Seeklimas gestattet. Hiezu erscheinen das Adriatische Meer und benachbarte Teile des Mittelländischen an erster Stelle berufen, da sie gerade jene kulturellen, topographischen und klimatischen Verhältnisse bieten, die der Mehrzahl der künftigen Kurschiffpassagiere, welche man in Mitteleuropa wohnend zu denken hat, am besten entsprechen.

Herr v. Uriel wartet wieder mit einigen Bonbons auf; es ist nur merkwürdig, daß je mehr Leimruten er aussteckt, umso ärger die Flucht der Ärzte aus dem militärärztlichen Korps wird. Das Neueste ist also eine sukzessive Standes-



regelung beim militärärztlichen Offizierskorps. Der Stand der Militärärzte soll um 1 Generaloberstabsarzt, 3 Generalstabsärzte, 5 Oberstabsärzte erster Klasse, 7 Oberstabsärzte zweiter Klasse und 26 Stabsärzte erhöht, dagegen um 42 Oberärzte vermindert werden. Durch eine Besserung solcher Avancementsverhältnisse soll das Zuströmen jüngerer Elemente gefördert und sollen die vorhandenen Ärzte im aktiven Dienst erhalten werden. Für 1909 ist die Ernennung eines Generaloberstabsarztes, eines Generalstabsarztes, zweier Oberstabsärzte erster, dreier Oberstabsärzte zweiter Klasse und von sieben Stabsärzten in Aussicht genommen.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

(Fortsetzung.)

Es betrat nun Major v. Parseval, Berlin, den Rednerplatz und sprach über Motorballon und Flugmaschine.

Dr. Lustig, Franzensbad-Meran, bespricht die Frage, ob man imstande sei, durch günstige Beeinflussung des Diabetes das Auftreten der Arteriosklerose zu verzögern, respektive auf längere Zeit hinauszuschieben. In erster Reihe gelingt dies durch diätetisch-hygienische Maßnahmen, denen gleichzeitig eine immense prophylaktische Bedeutung zukommt. Dieselben bezwecken: 1. Die Einschränkung der täglichen Eiweißrationen auf ein zulässiges, in jedem einzelnen Falle festzustellendes individuell verschiedenes Minimalmaß, den Ersatz der entzogenen Eiweißmengen durch eine energetisch gleichwirkende Menge von Fett und Kohlehydraten, besonders von Blattgemüsen und sauren Obstsorten, auch gewisse Stärkearten, da die Scheu vor letzteren, wie dies auch die günstigen Erfolge mit sogenannten Kartoffel- und Haferkuren eklatant beweisen, unbegründet sei. Die Einschränkung der Zufuhr großer Flüssigkeitsmengen. Die tunlichste Vermeidung einer Reihe von scharfen, das Gefäß- und Nervensystem sowie das Herz erregenden Nahrungs- und Genußmitteln, insbesondere von starken, süßen Weinen, schwarzen Kaffees, dunklen Thees, schwerer Tabaksorten und scharfer Gewürze. Die vorsichtige, dem jeweiligen Zustande des Kranken angepaßte Anwendung des ganzen Heilschatzes der physikalischen Therapie, da deren zirkulationsfördernde und hiedurch stoffwechselanregende Wirkung außer allem Zweifel steht.

In der Abteilung für angewandte Chemie berichtet Herr Dozent Dr. Jolles, Wien, über eine neue Reaktion auf Gallensäuren, welche darauf beruht, daß durch entsprechende Behandlung mit Salzsäure und Methylfurfurol eine schöne malachitgrüne Fluoroszenz entsteht. Diese Reaktion ist für die Gallensäuren charakteristisch und gestattet, die geringsten Mengen sicher nachzuweisen.

Die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde feierte in Köln ihr 25jähriges Jubiläum. Der Präsident der Gesellschaft, Hofrat Escherich hielt aus diesem Anlasse folgende mit Beifall begrüßte Festrede.

Stellung und Entwicklung der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren.

Vor 25 Jahren gab es in Deutschland nur eine einzige staatliche Kinderklinik, an allen anderen Universitäten wurde die Pädiatrie im Nebenamte von den Vorständen der medizinischen Poliklinik vorgetragen. Nur dem immer dringlicher hervortretenden praktischen Bedürfnisse nach speziell vorgebildeten Kinderärzten gelang es, unter der Führung der machtvollen Persönlichkeit Heubners den Zutritt der Kinderheilkunde in die Reihe der Ordinariate und die Errichtung staatlicher Kliniken zu erreichen. Es ist eine durchaus berechtigte Forderung der Kinderheilkunde, daß ihre Selbständigkeit als Lehrfach gegenüber der internen Medizin prinzipiell und rückhaltlos anerkannt und die Ausstattung der deutschen Universitäten mit Kinderkliniken beschleunigt wird.

Auch nach einer anderen Seite hin bedarf der Unterricht in der Kinderheilkunde einer Erweiterung: durch Einbeziehung des Neugeborenen, dessen Beachtung bis zum 8. oder 14. Lebenstage jetzt ausschließlich dem Geburtshelfern zufällt. Die Kenntnis dieser Lebensperiode, welche wie keine andere eine völlige Umwälzung aller Lebensbedingungen und die weitaus größte Zahl der Erkrankungen und Todesfälle aufweist, ist für das Studium der Physiologie und Pathologie des kindlichen Organismus eine absolute Notwendigkeit. Die administrativen Schwierigkeiten können bei gutem Willen aller Beteiligten überwunden werden. Es steht zu hoffen, daß im Einverständnis mit den Professoren v. Rosthorn und Schauta der pädiatrischen Klinik in den neuerbauten Frauenkliniken Gelegenheit zu diesem Studium durch Errichtung einer besonderen Abteilung gegeben wird. Andere dringende Forderungen sind: Die Aufnahme der Kinderheilkunde in die Reihe der Prüfungsfächer, Beschränkung des Titels „Kinderarzt“ auf solche Ärzte, welche eine entsprechende Ausbildung nachweisen können usw.

Das erfreuliche Aufblühen der Kinderheilkunde in dieser Periode ist der Konstellation mehrerer günstiger Faktoren zu danken: dem Aufschwung der inneren Medizin an den deutschen Kliniken in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts, von welcher die Kinderheilkunde die Verfeinerung der diagnostischen Methoden und die Anregung zur chemischen und experimentellen Erforschung der Stoffwechselvorgänge übernommen hat, dem Eintritte der Bakteriologie in das ärztliche Denken und Handeln, der anschließenden Serotherapie und Immunitätsforschung, welche gerade für das den Infektionskrankheiten besonders ausgesetzte Kindesalter von besonderer Bedeutung waren, endlich der elementaren, alle Kreise der Bevölkerung erfassenden Bewegung zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, welche den Kinderarzt als den berufenen Führer auf diesem Gebiete betrachtete.

Die positiven Leistungen, welche die Pädiatrie in dieser Periode aufzuweisen hat, liegen, wenn wir von der Organisation der Säuglingsfürsorge absehen, in dem Ausbau der klinischen, insbesondere auch der bakteriologischen Diagnostik, in der Schaffung klarer ätiologischer Krankheitsbegriffe, in der glatten Anerkennung und Einführung der bedeutendsten therapeutischen Entdeckung, der Heilserumtherapie der Diphtherie, in der Erforschung gewisser, dem Kindesalter eigentümlichen biologischen Vorgänge, insbesondere aber in dem erneuerten und vertieften Studium der Physiologie und Pathologie der Ernährungsvorgänge des Säuglingsalters, die, wenn auch noch kein abschließendes Resultat, so doch die Grundlage zu einem exakten Studium des kindlichen Stoffwechsels und seiner Störungen geschaffen haben. Die Versammlung beschließt, den Männern, welchen sie die wissenschaftliche Erschließung dieser neuen Forschungsgebiete verdankt, die Herren v. Behring, P. Ehrlich, R. Koch, Rubner, zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft für Kinderheilkunde zu ernennen.

Knochenbrüchigkeit im Kindesalter.

Dozent Dr. Hochsinger, Wien, hielt einen Vortrag über Osteopsathyrosis foetalis, eine seltene, absolut tödliche Krankheit der Neugeborenen, welche darin besteht, daß die Kinder mit zahlreichen Knochenbrüchen behaftet zur Welt kommen. Der Vortragende demonstriert das Skelett eines solchen Kindes mit dazugehörigen Röntgen-Photographien und mikroskopischen Präparaten. Das Kind war 30 Tage am Leben geblieben. Aus den Röntgen-Untersuchungen und mikroskopischen Präparaten Hochsingers ist zu ersehen, daß es sich bei dieser Affektation um eine Erkrankung der Frucht innerhalb des Mutterleibes handelt, bei welcher schon gebildetes Knochengewebe in Gänze eingeschmolzen und durch ein minderwertiges, widerstandsloses Ersatzgewebe substituiert wird. Hieraus resultieren zahlreiche Knochenbrüche an den Gliedmaßen und den Rippen des noch im Mutterleibe befindlichen Kindes. Zahlreiche weitere Einbrüche der Knochen entstehen durch den Geburtsakt und, wofern die Kinder noch weiter leben, auch späterhin. An dem demonstrierten Skelett



fanden sich mehr als sechzig teils frische, teils verheilte Knochenbrüche. Der Vortragende betont schließlich, daß dieser angeborene und auf einer fötalen Erkrankung des Skeletts beruhende Knochenprozeß ein selbständiges Krankheitsbild darstellt und weder mit Rhachitis noch mit fötalen Störungen der Knochen- und Knorpelentwicklung verwechselt werden darf. (Fortsetzung folgt.)

III. Literaturauszüge.

Über nervöse Störungen der Herztätigkeit. Von Doktor Winckelmann.

Der junge Mann, mit dessen Krankheit wir uns beschäftigen wollen, ist ein 31jähriger Postbeamter, der angibt, bisher nie ernstlich krank gewesen zu sein.

Seit etwa 3 Wochen leide er nun an Herzklopfen, das bei den geringsten Aufregungen, bei leichten körperlichen Anstrengungen, aber auch gelegentlich ohne äußere Veranlassung anfallsweise auftrete und ihn, da es mit der Zeit heftiger geworden, arbeitsunfähig mache. Bei eingehenderer Nachfrage gibt der Kranke an, daß er seit $^1/_4$ Jahr viel mit familiären Sorgen zu kämpfen habe, auch dienstlich sehr stark in Anspruch genommen sei und „das habe ihn alles etwas nervös" gemacht. Er sei schreckhaft geworden, aufgeregt und schlafe schlecht und werde häufig durch unruhige Träume gestört. Aber seine Hauptbeschwerden verursache ihm sein „krankes Herz", das ihn um so mehr beunruhige, als vor Jahresfrist ein Vetter von ihm an einer Herzkrankheit gestorben sei.

Sie sehen einen mittelgroßen Mann vor sich von grazilem Körperbau mit etwas ängstlich gespanntem Gesichtsausdruck. Seine Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blaß, die Muskulatur ist schlaff, Fettpolster ist nur am Bauch in geringem Maße vorhanden. Beim Schließen der Augen zittern die Lider heftig, die Kniesehnen- und die Unterarmknochenhautreflexe sind sehr lebhaft. Bewegungs- oder Gefühlsstörungen sind nicht vorhanden. Das Benehmen des Mannes ist, wie Sie im Laufe der Untersuchung (beim Entkleiden) sehen konnten, hastig, erregt. Und jetzt sehen Sie an dem etwas lang gebauten Brustkorb den sehr deutlichen Herzspitzenstoß. Er erschüttert die Brustwand, ist aber nicht hebend und befindet sich $1^1/_2$ cm innerhalb der linken Brustwarzenlinie im fünften Zwischenrippenraum.

Das Krankheitsbild gehört in das Gebiet der „Neurasthenie": „nervöse Störung der Herztätigkeit auf neurasthenischer Grundlage" mag unsere Diagnose lauten.

Wenn auch zugegeben werden soll, daß die Bezeichnung „nervöse Störungen" gelegentlich zu Unrecht gebraucht worden ist, so können doch diese nervösen Störungen der Herztätigkeit nicht fortgeleugnet werden — ja sie kommen sogar recht häufig vor. Genaue Anamnese, sorgfältige Untersuchung, bei der sogenannte objektive Veränderungen am Herzen nicht gefunden werden, sowie die Tatsache, daß zeitweise kein Herzklopfen besteht, sichern die Diagnose. Wir müssen uns nur recht klar sein, daß wir mit diesen Worten noch keine ganz klaren Begriffe verbinden, daß wir von der Erkenntnis der Vorgänge nach Ursache und Wirkung noch weit entfernt sind. Aus diesem Bewußtsein heraus entspringt Krehls Forderung, in Zukunft zu versuchen, den Begriff „nervös" näher zu bestimmen, indem wir zu ergründen trachten, ob eine vorliegende „nervöse" Störung psychogen oder neurogen bedingt ist. „In der Art der Auffassung wird uns die Pathologie der Krankheiten des Nervensystems vorbildlich sein müssen." „Zwischen psychogenen (funktionellen, hysterischen) und eigentlich zerebralen, spinalen, beziehungsweise neutralen Erkrankungen bemüht man sich stets zu unterscheiden." Freilich kann schon bei diesen Krankheiten die Differentialdiagnose die größten Schwierigkeiten bereiten, und sie wird, wenn es sich um das Herz- und Gefäßsystem handelt, vorläufig sehr oft zur Unmöglichkeit werden. Trotzdem werden wir die Beobachtung darauf richten, ob sich nicht Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten dieser „nervösen" Störungen ergeben.

Beispielsweise kommt man in einer Reihe von Fällen dem gesteckten Ziele schon dadurch näher, daß man der Entstehung der Krankheit genau nachgeht.

Den großen Einfluß psychischer Vorgänge auf das Herz kennt jedermann aus alltäglicher Erfahrung: Schreck, Furcht, Zorn, Erwartung, Freude verursachen Aenderungen in der Herzschlagfolge und jene Sensationen in der Herzgegend, die dazu geführt hatten, daß lange Zeit hindurch das Herz als der Sitz der seelischen Vorgänge angesehen wurde. Und wie abhängig selbst das Gefäßsystem für sich, ohne Aenderung der Schlagfolge des Herzens, von Gedanken und Vorstellungen ist, beweist das Erröten und Erblassen, das sie hervorzurufen vermögen. Alle diese Erscheinungen können wiederum, bis zu einem individuell verschiedenen Grade, vom Willen beherrscht werden. Ja, die Entstehung psychogener Herzstörungen kann schon dadurch veranlaßt werden, daß die Aufmerksamkeit besonders stark auf das Herz gelenkt ist. Daß das in neuerer Zeit mehr der Fall ist als früher, betont auch Krehl: Die Hauptschuld dafür trifft die Tagesliteratur und die populär medizinischen Schriften. In Zeitungsanzeigen wird in eindringlichster Weise auf Herz- und Gefäßkrankheiten hingewiesen („Verfettung", „Verkalkung"), in Anpreisungsschriften für „Gesundheitsgetränke" (Kaffeersatz und dergleichen), in allgemein verständlichen Schriften („Hygiene des Herzens in gesundem und krankem Zustande" und vieles andere) wird zum Teil von bekannten Gelehrten, viel häufiger von Nichtärzten die Tätigkeit des Herzens „erklärt" und die Aufmerksamkeit des Lesers auf die eigene Herztätigkeit gerichtet. Dadurch wird die Vorstellung, herzkrank zu sein, geradezu gezüchtet; und diese Meinung läßt „geringfügige Störungen als schwere Symptome deuten", sie führt zur Selbstbeobachtung und ist nicht selten der „Anlaß für Herzhypochondrie" (Krehl). — Selbst in körperlicher Ruhe kann die Arbeit des Herzens durch anormale Nerventätigkeit gesteigert sein — wie die durch Hochhaus festgestellte Erhöhung des Blutdrucks bei vielen Neurasthenikern beweist.

Nach alledem ist es einleuchtend, daß wiederholte starke Gemütsbewegungen und gedankliche Vorstellungen Veränderungen in der Funktion des Nervenapparates des Herzens und schließlich auch dauernde Störungen der Herztätigkeit hervorzubringen vermögen. Seitens der Physiologie steht dieser Auffassung nichts entgegen, denn nach den heute herrschenden Anschauungen stehen nicht nur „Kraft und Frequenz des Herzschlages, sondern auch Anspruchsfähigkeit und Reizleitungsvermögen des Herzmuskels unter dem direkten Einfluß der Nerven" (Engelmann). Was Edinger bei anderer Gelegenheit sagt, paßt auch ganz vorzüglich hierher: Ein Mensch mit erhöhter Reizbarkeit und zugleich gesteigerter Erschöpfbarkeit des Nervensystems (den Hauptcharakterzügen der Neurasthenie) arbeitet mit einem abnormen Nervensystem und schafft sich seinen Symptomenkomplex selbst. (Schluß folgt.)

IV. Sitzungsberichte.

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

(Fortsetzung.)

In der Diskussion sprach zuerst J. Israel: Ich möchte im Anschluß an das Gehörte ihnen einen Fall von Milzexstirpation mitteilen, der der Erwähnung wert ist. Es handelt sich um die Exstirpation einer Milzcyste bei einem 17jährigen Menschen, der seinem Empfinden nach absolut gesund war, bis fünf Tage vor dem Moment, wo ich ihn zu sehen bekam. Da wurde er von einem starken Schwindelanfall ergriffen, der 24 Stunden lang anhielt. Am nächsten Tage vollkommenes Wohlbefinden, an dem darauffolgenden Tage heftige Magenschmerzen, welche wieder 24 Stunden andauerten. Am vierten Tage bekam ich den Patienten in Behandlung und fand einen schmächtigen, blassen, jungen Menschen, der einen außerordentlich großen Tumor in der linken oberen Leibeshälfte trug. Die linke Brustapertur war erheblich vorgewölbt, ebenso die linke untere



seitliche Thoraxwand und die linke Flanke. Ein über mannskopfgroßer Tumor prominierte auf der linken Seite des Oberbauches bis unterhalb der Nabelhorizontalen. Dieser Tumor ließ sich nicht palpatorisch von der Leber trennen, so daß es kontrovers war, ob es sich etwa um einen Echinokokkus handelte, der vom linken Leberlappen ausgegangen war, oder um einen Tumor, der von der Milz seinen Ausgang genommen hatte. Diagnostisch bemerkenswert an dem klinischen Befunde war noch, daß zwischen der Mittellinie und der rechten Mamillarlinie absolut keine Leberdämpfung, sondern nur Magenschall vorhanden war; die Leberdämpfung erstreckte sich also erst von der rechten Mamillarlinie ab nach rechts. Leider ist eine Blutkörperzählung vor der Operation verabsäumt worden. Die Operation bot weiter keine Besonderheiten. Der enorme Sack, der drei Liter einer bräunlichen, mit Cholestearinkristallen gefüllten Flüssigkeit enthielt, wurde nach Entleerung durch Trokar sehr leicht entwickelt, der Stiel in toto abgebunden. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall, so daß der junge Mann vier Wochen nach der Operation bereits wieder das Gymnasium besuchen konnte.

I. möchte epikritisch ein paar Punkte von besonderem Interesse hervorheben. Zunächst ist auffallend, daß jede bekannte Ätiologie für das Leiden fehlt. Es wird mit absoluter Sicherheit von dem Patienten in Abrede gestellt, daß jemals ein Trauma stattgefunden hat, auch sind voraufgegangene Krankheiten unbekannt. Nichtsdestoweniger war die Geschwulst seinen Mitschülern, mit denen er zusammen badete, schon seit einem Jahre aufgefallen. Die zweite Erscheinung, die ich nicht zu deuten vermag, ist der Schwindelanfall von 24stündiger Dauer und der 48 Stunden später auftretende Magenschmerz, der ebenso lange bestand. Vielleicht daß eine neue Blutung in dem Sack stattgefunden hat, die diese Erscheinung ausgelöst hat.

In bezug auf die Differentialdiagnose gegen einen linksseitigen Leberechinokokkus scheinen mir zwei Punkte des Befundes bemerkenswert zu sein, einerseits die Vorwölbung der linken unteren Thoraxwand, welche bei Lebertumoren nicht wohl beobachtet wird, vor allem aber die Verdrängung des Magens nach rechts dergestalt, daß der Magen bis zur rechten Mamillarlinie reichte und links mit der Mittellinie abschnitt. Eine solche Verdrängung des Magens nach rechts ist nur denkbar durch eine Geschwulst, welche von links her wirkt. Das kann also nur die Milz oder ein links vom Magen entstandener anderer Tumor, aber nie ein Echinokokkus des linken Leberlappens sein. Ein weiteres Phänomen von Interesse scheint die unmittelbar nach der Operation eintretende auffallende Erniedrigung der Pulsfrequenz zu sein. Der Junge hatte am Tage der Operation 44 Pulse, und erst langsam im Laufe von etwa 8 Tagen hob sich der Puls auf 70 Schläge bei vollkommen gutem Allgemeinbefinden. Als der Knabe aufgenommen war, fanden wir eine große Struma. Es ist verabsäumt worden, den Umfang des Halses zu messen. Es überraschte aber im höchsten Maße, daß bereits am Tage nach der Operation diese Schilddrüse in ihrer Größe ganz erheblich reduziert war, so daß man eigentlich von einen Kropf gar nicht mehr sprechen konnte. Der Halsumfang betrug damals nach der Reduktion 36 *cm*; zwei Tage später war er bereits weiter, auf 34 *cm* verkleinert. Der Hals bot einen vollkommen normalen Aspekt dar, und so hielt sich der Halsumfang bis zum 19. Tage, an dem er wieder 36 *cm* erreichte, — ein Maß, das er bisher beibehalten hat. Er bleibt damit noch erheblich hinter dem Umfange zurück, der vor der Operation bestand. Dieses Phänomen spottet geradeso der Erklärung wie das umgekehrte Phänomen, das gelegentlich beobachtet worden ist, nämlich eine Anschwellung der Schilddrüse nach der Milzexstirpation. Die Fälle, in denen diese Erscheinung beobachtet worden ist, sind ganz außerordentlich selten. Ich kenne eigentlich aus der Literatur nur den von Credé, den er uns einmal — im Jahre 1884 — in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vorgestellt hatte. Sein Patient bekam vier Wochen nach Exstirpation einer Milzzyste, bei der noch viel Milzparenchym erhalten war, eine erhebliche, schmerzhafte Anschwellung der Schilddrüse, welche $4^1/_2$ Monate andauerte, gerade so lange wie die starke Anämie, die der Milzexstirpation folgte. Mit dem Schwinden dieser Anämie ging die Schilddrüse auf ihr früheres normales Volumen zurück. In unserem Fall ist es also gerade umgekehrt gewesen. Die rätselhafte Beziehung zwischen Milz und Schilddrüse wird ja von den meisten nicht mehr anerkannt. Ich möchte aber daran erinnern, daß in früherer Zeit der Physiologe Thiedemann dafür eingetreten ist, der in seinen physiologischen Arbeiten aus dem Jahre 1834 auf die innigen Beziehungen zwischen Schilddrüse und Milz hingewiesen hat, — eine Tatsache, die heute fast in Vergessenheit geraten ist.

Was nun die Blutveränderungen betrifft, so waren sie folgende: Eine Blutkörperchenzählung vor der Operation hatte nicht stattgefunden. Am Tage der Operation konnte man eine sehr starke Leukozytose nachweisen, die fast ausschließlich aus neutrophylen, polynukleären Leukozyten bestand. Vom zweiten Tage ab wurden aber die Blutkörperchen regelmäßig gezählt, und da fand sich ein Verhältnis der weißen zu den roten von 1:32 (120.000 : 3,800.000). Ganz allmählich ist dies Verhältnis dann bis zur Norm, nämlich 1 : 500 gestiegen. Dieses normale Verhältnis wurde am elften Tage erreicht. Die Zählungen ergaben:

	Weiße	Rote	Verhältnis
2. Tag	120.000	3,800.000	1 : 32
3. Tag	80.000	4,400.000	1 : 55
4. Tag	60.000	5,200.000	1 : 87
5. Tag	60.000	5,600.000	1 : 93
6. Tag	40.000	5,400.000	1 : 135
7. Tag	40.000	4,800.000	1 : 120
8. Tag	20.000	5,000.000	1 : 250
9. Tag	20.000	4,800.000	1 : 240
11. Tag	10.000	5,000.000	1 : 500
13. Tag	10.000	4,800.000	1 : 500

Daneben ist wohl noch eine andere Beobachtung von Interesse, von der ich nicht weiß, ob sie bisher schon gemacht worden ist: am vierten, fünften und sechsten Tage trat nämlich nicht nur eine relative, sondern auch eine absolute Vermehrung der roten Blutkörperchen ein, dergestalt, daß die Zahl der roten Blutkörperchen bis 5,600.000 stieg. Ob das nun mit der blutkörpervernichtenden Funktion der Milz zusammenhängt, wage ich nicht zu entscheiden, da ich mich nicht kompetent fühle, in die Geheimnisse der Milzphysiologie einzudringen. (Fr. Ver. der Chirurg. Berlins.)

(Fortsetzung folgt.)

V. Literatur.

Lehrbuch der Augenheilkunde. Von Dr. A. Vossius, Professor der Augenheilkunde an der Universität Gießen. 4. vermehrte und verbesserte Auflage des Grundrisses der Augenheilkunde. Leipzig und Wien, 1908. F. Deuticke.

Als das Lehrbuch des Verfassers dieser Zeilen, welches ihn vom Februar 1877 an ununterbrochen beschäftigte, im Mai 1879 erschien, besaß das deutsche Sprachgebiet neben dem damals schon ziemlich veralteten Handbuch von Seitz und Zehender, sowie neben dem monumentalen, aber leider sehr schwer verdaulichen Werke v. Stellwags nur ein einziges modernes Lehrbuch, das von Schweigger. Von den aus vorophthalmoskopischer Zeit stammenden Büchern, wohin man auch das von Arlt zählen darf, muß hier ganz abgesehen werden. Ebenso können die Kompendien von Schelske und von Arlt, das zuletzt genannte neu gearbeitet und modernisiert, weil beide nur Fragmente waren und blieben, hier übergangen werden. Das damals noch immer unvollendete große Sammelwerk von Graefe und Sämisch muß ebenfalls hier unberücksichtigt bleiben.

Das Schweiggersche Buch, bereits in dritter Auflage, sehr beliebt, war aber nach des Verfassers eigener Angabe nur für die dessen Vorlesungen besuchenden Schüler bestimmt,



konnte also zum Selbststudium nicht dienen. So war das Kleinsche Lehrbuch — wir können sagen — einen Moment lang, der einzige, nach Form und Inhalt so ziemlich abgerundete, didaktische Repräsentant der wiedergeborenen Augenheilkunde, als Lehrbuch für Ärzte und Studenten gedacht, zum Selbststudium wie zur Rekapitulierung nach Vorlesungen geeignet, also leidlich vollkommen die knappe Wiedergabe des damaligen Standes der ophthalmologischen Wissenschaft.

Aber wie gesagt, nur einen Augenblick lang; denn bald darauf wurde der Markt mit Lehr- und Handbüchern der Augenheilkunde überflutet. Es erschien das vortreffliche Buch von Schmidt-Rimpler, das umfassende, eigenartig geprägte, wertvolle Handbuch von Michel, das Zehendersche Buch, neu gearbeitet, gekürzt und modern gestaltet in frischer Auflage, Schweiggers Buch in 4. Auflage, zahlreiche kleine Kompendien von Hersing, Guttmann, Rheindorf, wenige Jahre später das Buch von S. Klein in neuer Auflage, gekürzt als Grundriß, bald darauf das meisterhaft gearbeitete und erschöpfende Lehrbuch von Fuchs (jetzt schon bei der 10. Auflage angelangt) und in rascher Reihenfolge das in Rede stehende Buch von Vossius, sowie die Bücher von Eduard Meyer, Knies, Goldzieher, Stilling, Fick und Hosch und rasch folgten von einigen der genannten Werke mehrere Auflagen. Es ist daher keine leere Redensart und keine Übertreibung, wenn von einem wahren Überfluß dieses Teiles der Literatur gesprochen wird. Manche der genannten und noch mehr ein Teil jener, die hier gar nicht erwähnt wurden, wären sicherlich entbehrlich geblieben.

Nach dem eben Gesagten wäre eine weitere Kritik des Buches von Vossius kaum nötig. Wenn das Werk eines Autors mitten in solcher Sturmflut und bei so gewaltiger Konkurrenz sich ehrenhaft behaupten und eine vierte Auflage erreichen kann, so ist diese Tatsache allein schon ein Zeichen des inneren Wertes eines solchen Werkes.

In der Tat hält das Buch von Vossius fast alles, was sein Bearbeiter in der Vorrede verspricht, ein getreuer Ausdruck des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Augenheilkunde zu sein. Wenn wir hier dennoch hervorheben, daß das Buch nicht ganz frei von mancherlei Unvollkommenheiten ist, so soll dadurch dessen Wert als Unterrichtsmittel nicht geschmälert werden. Aber der Fachmann kann schwer auf manche Bemerkung verzichten, zu welcher er durch auftauchende Mängel herausgefordert wird. Zu diesen kann man die etwas einseitige Verwertung der Literatur rechnen, indem der Verfasser speziell die österreichischen Arbeiten fast völlig vernachlässigt. Er kennt nur Fuchs und ein wenig Ed. Jaeger. Die anderen Forscher und Autoren Österreichs sind ihm fremd und unbekannt. Namentlich die Literatur aus halbvergangener Zeit scheint ihm ganz ferne zu liegen, wenigstens ist sie unberücksichtigt. Da war Schmidt-Rimpler schon viel objektiver und gründlicher. Wo aber ein Österreicher von ihm dennoch genannt wird, geschieht es mitunter am unrechten Platze. Das Hervorheben z. B. der Bernheimerschen Airoltherapie bei der Behandlung der Bindehautblennorrhoe hätte ganz gut unterbleiben können, es wäre kein Defekt des Buches. Wenn auch Bernheimer sich große, ja in manchem Betracht geradezu unsterbliche Verdienste um die anatomisch-physiologische Erforschung des mit dem Sehnerven und den Augenmuskelnerven zusammenhängenden Teiles des Gehirns erworben hat, als Kliniker läßt er uns noch auf große Leistungen warten und auf die Airol-Therapie bei Blennorrhoe hat Österreich nicht gerade Grund, besonders stolz zu sein. Wir können uns schon noch auf andere anerkennenswerte Arbeiten in unserem Vaterlande berufen. Bei Gelegenheit der Besprechung der Therapie der Konjunktival-Blennorrhoe muß es auch gesagt werden, daß der Herr Verfasser dem heutzutage so ziemlich verlassenen Lapisstifte einen ihm nicht gebührenden hervorragenden Platz einräumt, während es auffallend ist, daß das Itrol ganz unerwähnt bleibt, das Protargol nur so nebenbei genannt wird und doch sind beide heutzutage ganz unentbehrliche Mittel, speziell bei Blennorrhoea neonatorum geworden. Noch manches andere wäre in diesem Kapitel und in einigen anderen zu bemängeln, doch würde diese Besprechung dadurch mehr an Raum einnehmen, als ihr zugedacht war. Auch soll nicht der Schein der Sucht, zu nörgeln, erweckt werden. Vollkommen ist gar nichts und man kann in anderen Büchern auch manches finden, was Dem und Jenem nicht paßt. Das Ganze braucht darunter nicht wesentlich zu leiden.

Nur ein Wort möchten wir noch den Illustrationen widmen. Sie sind im Ganzen nicht schlecht, aber sie stehen doch nicht auf der Höhe moderner Kunstmöglichkeiten. Wie viel glänzender präsentiert sich diesbezüglich das Buch von Fuchs. Die herrlichen Bilder in diesen, mit nur wenig Ausnahmen Originalarbeiten, sind in den Lehrbüchern bisher unerreicht. Dagegen sind die Zeichnungen bei Vossius nicht genug zahlreich, vielfach rein schematisch, ihrer nicht wenige nur Kopien älterer, einzelne auch unangebracht. Wozu z. B. die zweimalige Abbildung des Placidoschen Keratoskopes, eines gänzlich bedeutungslosen und völlig überflüssigen Instrumentes.

Am wenigsten entsprechend sind die Augengrund-Abbildungen; die meisten sind schlecht gelungene Nachmachungen Jaegerscher Bilder. Die sehr wenigen Originalbilder sind roh und keineswegs naturtreu.

Indeß genug der Kritik; sie will doch kein Tadel sein und will gerne anerkennen, daß das Lehrbuch von Vossius eines der besten in deutscher Sprache ist, daß es den mit seiner Hilfe anzustrebenden Zweck vollkommen erreichbar macht und nicht nur diese vierte Auflage ehrlich verdient, sondern auch noch mehr derselben zu erleben.

S. Klein (Bäringer).

VI. Aus der Praxis.

Mykodermin, ein Bierhefepräparat. Von Dr. Emil Schmid.

Es wurde in der gesammten Ärzteschaft mit Freuden begrüßt, daß es der chemischen Fabrik I. Blaes & Co. in Lindau, Bayern, nach langwierigen Versuchen gelungen ist, die Bierhefe in rationeller Weise der modernen Therapie nutzbar zu machen, und aus derselben ein brauchbares Hefepräparat — namens Mykodermin herzustellen, das, abgesehen von seiner Heilwirksamkeit den großen Vorteil hat, daß es im Gegensatz zu der frischen Bierhefe, die sich erfahrungsgemäß kaum 48 Stunden wirksam erhält, ein Dauerpräparat darstellt. Es besitzt die größte chemische Aktivität, weil es nur im kalten Luftstrom getrocknet wurde, wodurch die Hefezellen intakt erhalten bleiben.

Sowohl die von Sch. beobachteten Fälle, als auch die in der bezüglichen Literatur von Dr. Schweizer, Dr. Ganz, Dr. Dumont, Dr. Winnenberger, Dr. Weiss, Prof. Dr. Ehrmann und Prof. Dr. Luidi Maramaldi besprochenen Krankheitsfälle geben wohl das schönste Zeugnis für die therapeutische Wirkung von Mykodermin, und kann Sch. dieses Präparat in Fällen, wenn das Entstehungsmoment in Autointoxikationen und Autoinfektionen zu suchen ist, sowie bei habitueller Obstipation allen Kollegen nur wärmstens empfehlen. (Med.-Chir. Zentralbl. Nr. 21, 1908.)

Alkohol gegen Läuse.

Die bisher übliche Behandlungsweise, die sich fast ausschließlich der verschiedenen Quecksilberpräparate, der grauen Salbe, des Sublimatglyzerins oder Essigs u. a. m. bediente, litt unter drei nicht unbedeutenden Mängeln. Sie war langwierig, zeitigte unangenehme Nebenwirkungen und war nie unbedingt zuverlässig. Dazu kam noch das Lästige ihrer Anwendungsweise und die Kosten. Aller dieser Nachteile entbehrt der Alkohol, namentlich in konzentrierter Form als Alkohol absolutus und Spiritus rectificatissimus. Die Vorteile der Alkoholbehandlung gegenüber der bisherigen Behandlung liegen in dem Fortfall der lästigen Schmierkur, in der Einfachheit des Verfahrens, in der großen Billigkeit und völligen

Zuverlässigkeit. Die Anwendungsweise ist folgende: Der Kranke wird an den betroffenen Körperstellen in weitem Umkreise eventuell vollkommen entblößt und diese dann mit einem Alkohol-Spray aus einer Entfernung von etwa 25 *cm* sorgfältig bespritzt; und nun wird mit einem Fächer oder ähnlichem Gegenstand so lange ein starker Windstrom darüber erregt, bis der Alkohol auf der Haut völlig verdunstet ist. Nach einer Pause von 3 bis 5 Minuten wird diese Behandlung nochmals wiederholt. Ebenso verfährt man mit den den betreffenden Stellen anliegenden Kleidungsstücken, nur daß hier Alkohol in reichlicheren Mengen zwecks guter Durchdringung des Stoffes verwendet werden muß. Bei Kleiderläusen dürfte es empfehlenswert sein, die gesamte Kleidung mehrmals mit Spiritus zu übergießen, falls man — mit Rücksicht auf die chemischen Eigenschaften der Stoffe — die alte Dampfsterilisation vorzieht. Vor der Prozedur soll der Kranke nicht baden, weil die Vereinigung des Alkohols mit dem Wasser auf der Haut ein unangenehmes Brennen erzeugt; eher ist ein vorheriges Abreiben der Haut mit trockenen Frottiertüchern zweckdienlich. Die Wirkung ist eine geradezu überraschende. Nicht nur die Tiere werden sofort getötet, sondern auch die an den Haaren klebenden Nisse.

Welche von den hier in Betracht kommenden Eigenschaften des Alkohols die bei der Abtötung wirksamste ist, die chemische, d. i. toxische, hydrophile oder (bei Verdunstung) Kälte erzeugende, dürfte schwer zu entscheiden sein. Zusätze von Sublimat (0·5 : 150·0), Flores Sulfuris, können zuweilen die Wirkung des reinen Alkohols unterstützen, zumal beim Zusammentreffen mit Krätze usw. (Deutsch. Med. Wochenschr. 1908, 332.)

Extractum Viburni prunifolii bei drohendem Abort empfiehlt Kellner in Upington. In zwei Fällen gelang es ihm, den drohenden Abort zum Stillstand zu bringen, nachdem er dem flüssigen Extrakt etwas Opium zugesetzt hatte und strenge Bettruhe auf mehrere Tage anordnete. Auch bei Dysmenorrhöe werden durch das flüssige Extrakt in Verbindung mit Antipyrin die Schmerzen günstig beeinflußt. Kellner bezeichnet das flüssige Extrakt als ein vorzügliches Sedativum, Tonikum und Hämostatikum für die Gebärmutter.

VII. Notizen.

Der Geschäftsrat des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums hat in seiner Sitzung vom 7. Oktober l. J. einstimmig folgende Resolution beschlossen: Das Wiener medizinische Doktoren-Kollegium spricht dem Präsidenten des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen seine vollste Sympathie und die Zustimmung für alle jene Maßnahmen aus, die seitens der Organisation behufs Hintanhaltung einer weiteren Schädigung der wirtschaftlichen Lage der Ärzteschaft, gelegentlich der beabsichtigten Reform des Krankenkassengesetzes, unternommen wurden. Das Wiener medizinische Doktoren-Kollegium gibt gleichzeitig die Erklärung ab, sich in dieser Frage insbesondere aber hinsichtlich der Reform des Krankenkassengesetzes den Forderungen der Reichsorganisation vollinhaltlich anzuschließen.

Der Pfarrer als Kurpfuscher. Man schreibt uns: Was Koch und Behring sowie anderen Forschern bis jetzt nicht gelungen ist, das hat ein simpler Dorfgeistlicher entdeckt. Er hat eine der Geißeln der Menschheit, die Tuberkulose, besiegt. Das Septemberheft des Korrespondenz- und Offertenblattes für die gesamte katholische Geistlichkeit Deutschlands enthält folgendes Inserat: „Mit Gottes Hilfe ist es dem unterfertigten Pfarrer Dr. Fr. A. Gerber zu Estenfeld bei Würzburg gelungen, für Heilung der Tuberkulose und des Blasenkatarrhs die geeigneten und sicher heilenden Mittel zu entdecken. Viele sind schon von diesem Leiden geheilt worden. Von diesen Leiden Heimgesuchte mögen sich daher getrost entweder persönlich oder schriftlich an vorgenannten Pfarrer wenden, damit sie von diesen schweren Leiden geheilt werden. Da der betreffende Pfarrer schon hochbetagt ist, so tritt er um eine mäßige Remuneration an einen Arzt oder Apotheker seine Heilmittel ab.“

VIII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgemeinde Oberkappel, Bezirk Rohrbach, mit 2038 Einwohnern. Dieselbe kann sogleich provisorisch verliehen werden. Zur definitiven Erlangung der Stelle sind die Gesuche mit den Nachweisen der ärztlichen Befähigung, der österreichischen Staatsbürgerschaft, der physischen Eignung, der moralischen Unbescholtenheit, des Alters und der Konfession an die Sanitätsgemeindevertretung Oberkappel oder an den oberösterreichischen Landesausschuß bis 15. November d. J. einzureichen. Mit dieser Stelle ist seitens der Gemeinde eine Entlohnung von 600 K und eine Landessubvention von 1000 K jährlich verbunden.

Hilfsarztes- (Sekundararztes-) Stelle im öffentlichen Krankenhause der Stadt Steyr (Oberösterreich). Mit dieser Stelle, welche nicht als definitive, sondern als eine beiderseits vierteljährig kündbare Stellung anzusehen ist, ist ein jährliches Adjutum von K 1600, der Anspruch auf volle Verpflegung im Krankenhause, bestehend in Frühstück, Mittagessen, Jause und Abendessen, endlich freies Quartier im Spital verbunden. Bewerber um diese Stelle, welche sich der hiefür bestehenden Dienstinstruktion zu unterwerfen haben, müssen deutscher Nationalität und ledig sein und haben ihre mit dem Doktordiplome, dem Geburtsscheine und dem Heimatsscheine, sowie den Zeugnissen über ihre bisherige praktische Verwendung belegten Gesuche bis längstens 15. November d. J. bei der Stadtgemeindevorstehung Steyr einzubringen. Bewerber, die den Dienst sofort antreten können, werden bevorzugt. Die Ortsgruppe Steyr des Vereines der Ärzte Oberösterreichs ist zur Erteilung von Auskünften bereit.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgemeindengruppe Harmannschlag-Harbach-St. Martin-Lauterbach (67.14 km^2 3031 Einwohner) mit dem Sitze in Hermannschlag (Niederösterreich). Fixe Bezüge K 320 von den Gemeinden, bisherige Landessubvention von K 1000 auf K 1600 erhöht. Die Gemeinde Hermannschlag stellt eine aus zwei Zimmern, zwei Kabinetten, einer Küche und einem Keller bestehende Wohnung und nebst Obst- und Gemüsegarten gegen einen Jahreszins von K 100 zur Verfügung. Haltung einer Hausapotheke erforderlich. Bewerber haben ihre ordnungsgemäß belegten Gesuche bis spätestens 31. Oktober d. J. beim Bürgermeisteramte in Harmannschlag (politischer Bezirk Gmünd) einzubringen.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Arhovin bei Gonorrhoe.

Arhovin ist das einzige für die innere Gonorrhoe-Therapie indizierte Mittel, das frei ist von jeder schädlichen Nebenwirkung, das einzige, das trotz langer Darreichung niemals Nierenreizung oder Magenbeschwerden hervorruft.

Die gleiche Bedeutung hat

Arhovin bei Cystitis und Bakteriurie.

Arhovin — selbst kein Balsamikum — ist frei von allen den Balsamicis anhaftenden Nachteilen.

Therapie der Gegenwart No. VI, Berlin 1906. — Dr. Herrnfeld (fr. Assistent am K. k. Allgem. Krankenhaus, Wien) berichtet: Die durchaus günstigen Resultate lassen eine Anempfehlung des Arhovin für die Gonorrhoe-Therapie vollkommen gerechtfertigt erscheinen. Wenn in einigen Fällen abwechslungshalber Ol santali gereicht wurde, so kam es öfter vor, dass Patienten von selbst über Aufstossen und Verdauungsstörungen klagten und Arhovin dem Sandelöl vorzogen.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sex. Hygiene No. 10. — Leipzig 1907. Dr. Coblenzer: „Ähnlich wie in vorstehenden 6 Fällen erwies sich auch bei jeder weiteren Gonorrhoe-Erkrankung, die mir zur Beobachtung kam, Arhovin als ein vorzügliches inneres Unterstützungsmittel bei der Behandlung akuter und chronischer Zustände, das niemals irgend welche Reizerscheinungen machte und den Patienten in keinem einzigen Falle auch nur die geringsten Beschwerden seitens des Verdauungsapparates oder anderer Organe verursachte. Ich halte demnach das Arhovin für das beste innere Antigonorrhoicum, über das wir zur Zeit verfügen."

Deutsche med. Presse No. 24. — Berlin 1907. Dr. Bodenstein: »Unsere volle Aufmerksamkeit jedoch gebührt einem Mittel, welches bei dem völligen Mangel von Nebenwirkungen hervorragend anaesthesierend, entwicklungshemmend und harnsäuernd wirkt: dem Arhovin. Sämtliche bisherigen Untersucher bestätigen einmütig die auf Arhovin folgende Erhöhung der Azidität des Harns und die ausserordentlich entwicklungshemmende Wirkung, welche sich schon aus seinem geradezu spezifischen Effekt auf Gonorrhoe ergibt. Ganz auffallend ist seine beruhigende und anaesthesierende Wirkung und sein prompter Einfluss in dieser Richtung so unverkennbar, dass die Patienten selbst zufolge des raschen Nachlassens der Schmerzen gleich zu dem Mittel Vertrauen fassen.

Ich habe also stets ausgezeichnete Erfolge erzielt, wenn ich 3—6 mal täglich 1—2 Arhovinkapseln à 0,25 g bei gleichzeitiger Darreichung einer Abkochung von gleichen Teilen Herba Herniarie und Herba Chenopod. Ambrosiadis $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter pro Dosi, auf deren unterstützende diuretische Wirkung bereits v. Zeissl hingewiesen hat, nehmen liess. Hiedurch erzielte ich eine vollkommene Durchspülung des ganzen Urogenitaltraktes. In besonders hartnäckigen Fällen lässt sich allerdings eine Lokalbehandlung nicht umgehen (4 von 32 Fällen).

Nach diesen Erfahrungen stehe ich nicht an, das Arhovin als ein ausgezeichnetes Antizysticum zu klassifizieren."

Was leistet Arhovin?

1) Arhovin erhöht die Azidität des Urins und klärt denselben auf;
2) es beschränkt die Sekretion und hemmt die Entwicklung der Bakterien in spec. Gonokokken (siehe Berliner klin. Wochenschrift No. 25, 1906);
3) es wirkt anaesthesierend auf die ganze Urogenitalsphäre; es beseitigt das Brennen beim Urinieren und die schmerzhaften Erektionen.

Welche Vorteile bietet das Arhovin

(neben einer lokalen Therapie*) gegenüber den Balsamicis?

1) Die Schmerzen, welche häufig die lokale Behandlung hervorruft, werden durch Arhovin gelindert. 2) Dadurch, dass es den Boden für die Entwicklung der Gonokokken ungeeignet macht, trägt es dazu bei, ein Übergreifen des Prozesses auf die hintere Harnröhre zu verhüten, daher Komplikationen zu vermeiden. 3) Eine Reihe namhafter Autoren haben den Eindruck gewonnen, dass unter Arhovindarreichung die gefürchteten gonorrhoischen Gelenkaffektionen und Endokarditiden erheblich seltener sind, ja sogar (wo sie vorher auftraten) in kurzem verschwanden. 4) Das Allgemeinbefinden der Patienten wird bei Arhovindarreichung durch Ausschaltung schmerzhafter Sensationen gehoben und dadurch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erhalten. 5) Der bei den Balsamicis so unangenehme halor ex ore (welcher den Betreffenden als Tripperkranken verrät) tritt bei Arhovin auch bei höchsten Dosen nicht auf. 6) Arhovin kann jederzeit, auch bei schwachem Magen gegeben werden, selbst dann, wenn der Magen durch Balsamica erkrankt war.

Akute und chronische Urethritis gonorrhoica, anterior et posterior, Prostatitis chronica, Cystitis et Pyelitis gonorrhoica et nongonorrhoica, Vulvitis, Bartholinitis. **Prophylaktisch gegen gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endokarditiden.**

Rp.

1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) à 30 Stck. = 2 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) à 50 Stck. = 3 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (1 0,25 g) à 15 Stck. = 1 Mk. (für Kassen).

Dosierung: Drei bis sechsmal täglich ein bis zwei Kapseln.

*) **Lokale Therapie:** In Fällen, in welchen die bekannten lokalen Mittel im Stiche lassen, wird mit Erfolg (siehe Literatur) die Arhovin-Ölinjektion verwendet: Rp. Arhovin 2,00 Ol. Olivar 98,00 S. 3 × täglich 1 Spritze.

Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten zu Diensten.

Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/₂, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. DEC 1 LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift

für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 44. Wien, 31. Oktober 1908. Nr. 44.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13313) zu senden.

Beinleiden.

Beitrag zur Kasuistik und Therapie.

Von med. Dr. N. Brann, Berlin.

(Schluß.)

Nach einer Beobachtungs- und Behandlungsreihe von nunmehr weit über 17000 einschlagenden Einzelfällen habe ich mich den Irrungs- und Fehlerquellen nicht verschließen können, die noch heutigen Tages die Ätiologie, Pathologie und Therapie chronischer Beinschäden beherrschen; eine diesbezügliche Wiederholung und Erweiterung meiner Ausführungen aus der Deutschen medizinischen Presse Nr. 16 dürfte auch an dieser Stelle zweckmäßig sein:

Bereits der Name „ulcus cruris varicosum“ zeugt von ätiologischer Unklarheit; das ulcus ist keineswegs, wie vielfach behauptet und wie der Name zu besagen scheint, den Varicen subordiniert, eine Folge des varicösen Zustandes, sondern Varicen und ulcera sind koordinierte Krankheitszustände, verursacht durch primäre Atonien der Gewebselemente im Sinne Stillers, dessen costa decima fluctuans sich nicht selten mit Lymphstase, Varikositäten, Ulcera, aber auch Hyperidrosis, Pesplanus und Genu vulgum vergesellschaftet findet (Asthenia cruris).

Die bekannte Lehre von den embolischen Gefahren bei paraphebitischen Prozessen bedarf einer kritischen eingehenden Würdigung und therapeutischen Vervollkommnung, da der gefürchtete thrombus erst häufig durch die Ruhelage bedingt wird, während bei der ambulatorischen Behandlung akut entzündlicher phlebitischer Prozesse die Schmerzen fast stets nach Anlegen des ersten Verbandes weichen, die Entzündungserscheinungen und paraphlebitischen Infiltrationen nach Tagen schon zurückgehen. Man muß derartige Resultate eben auch gesehen haben! Bezüglich der Phlebektomien habe ich den Eindruck gewonnen, als würden diese Operationen vorgenommen, ohne daß der Verlauf in späteren Jahren kontrolliert wird; es bedarf nur einer Statistik über die Mißerfolge der Phlebektomien, um ihre Zwecklosigkeit und die Häufigkeit der Rezidive zu konstatieren.

Dasselbe gilt von den hier vollkommen unnötigen Transplantationen zur Deckung handtellergroßer bis zirkulärer Hautdefekte, deren Überhäutung unter Benutzung der physiologischen Muskelmassage bei dauernden Gehbewegungen ausnahmslos gelingt und mit so geringer Narbenbildung, daß ich mich hier von einem den Kollegen unbekannten Novum in der Pathologie zu sprechen berechtigt halte. Obgleich die Verbandsbehandlung der atonischen Zustände dieser und anderer Weichteil- und Gelenkaffektionen das in das Auge springende Moment unseres therapeutischen Vorgehens darstellt, steht es weit zurück hinter der fast stets vernachlässigten, sachgemäßen **lokalen** Behandlung, deren eingehende Würdigung eines besonderen Kapitels und eines praktischen Studiums bedarf. Aber auch nur die Wirkungsweise sachgemäßer Verbände bedarf physiologischer Erklärungen: tatsächlich handelt es sich bei der Beseitigung lymphatischer Hyperplasien gar nicht um Kompressionsverbände, sondern um die Zirkulationsbedingungen regulierenden Bandagen, die die Muskelwellen zu physiologischen Massagen auf Schritt und Tritt ausnützen. Eine orthopädische Behandlung ermöglicht es nicht nur in vielen Fällen chronischer Beinschäden die Heilung ohne Ruhelage des Patienten herbeizuführen, sie benutzt geradezu diese Wellenbewegung der Wadenmuskulatur und führt die Gehbewegung direkt als ein neues Moment, als einen physiologischen Faktor, der bisher vernachlässigt worden ist, in die Therapie ein. Wenden wir uns kurz von den atonischen Zuständen der Weichteile zu den Atonien der Bandapparate und Gelenke. Die Beschwerden einer chronischen Gonitis weichen häufig ebensowenig der Massage und hydrotherapeutischen Behandlung, als die in der Pes planus Therapie gezeitigten unphysiologischen Maßnahmen mittelst orthopädischer Einlagen und Stützapparate einen für den Patienten befriedigenden Erfolg verzeichnen können. Jede orthopädische Plattfußeinlage, auch der kunstvollst konstruierte Stiefel hebt den physiologischen Gang unbedingt auf, indem sie die normalen Stützpunkte zu Gunsten oder besser zum Nachteile der Fußwölbung entlasten. Und nun die soziale Bedeutung all dieser chronischen Beinschäden, Fragen, die von unserem doch sonst von sozialem Gebiete durchwehten Zeitalter bisweilen kaum gestreift worden sind; diese chronischen Beinschäden führen zu endlosen Berufsstörungen und vernichten die Existenzen zahlloser Familien. Denn an eine regelrechte Tätigkeit ist heute nicht mehr zu denken,



wenn durch chronisches Siechtum der Ernährer einer Familie oder die für ihre Kinder sorgende Mutter alle halbe Jahre wochen- oder gar monatelang nicht arbeiten kann.

Diese chronischen Beinschäden erstrecken sich auf alle Schichten der Bevölkerung, Es ist ein Irrtum zu glauben, daß Frauen allein von ihnen befallen würden.

Sie zählen zu den häufigsten Berufsleiden aller körperlich schwer arbeitenden Bevölkerungsklassen, wie Bäcker, Drechsler, Maschinenbauer, Mechaniker, Schlosser, Tischler, Zimmerer usw., sind aber auch in allen anderen Schichten der Bevölkerung verhältnismäßg weit verbreitete Übel.

Eine sachgemäße Therapie dieser in sich geschlossenen und durch Atonien hervorgerufenen Krankheitsbilder kann unmöglich im Rahmen dieser Ausführungen gegeben werden; ein mehrmonatliches Spezialstudium und Praktikum befähigt auch hier erst zu spezialtherapeutischem Wirken. Theoretisch läßt sich ja ohne weiteres auf die drei in Betracht kommenden Faktoren der lokalen, orthopädischen und internen Fürsorge hinweisen. Je nach dem Sitz, nach der Größe der Geschwüre, nach der Tiefe und Beschaffenheit ihrer Ränder, nach der Schmerzhaftigkeit und ihrer Anzahl, je nach der Menge, dem Aussehen, dem Geruch, der Konsistenz der eitrigen Absonderung muß nach chirurgischen Prinzipien mit der Anwendung von Pulvern, Salben, Pflastern, eventuell feuchten Verbänden ebenso variiert werden können, wie mit Material, Korrektion und Kompression der Verbände je nach dem Sitz und Ausdehnung der Entzündung, nach der Form des Beines und nach den körperlichen Anstrengungen, die der Beruf des Betreffenden erfordert; durch die nie zu vernachlässigende interne Therapie ist der Konnex mit unserer ärztlichen allgemeinen Wissenschaft und Kunst gegeben. Auf keinem einzigen Gebiete der Heilkunde haben Kurpfuscher den Ärzten so scharf und so materiell erfolgreiche Konkurrenz gemacht, wie auf dem der chronischen Beinleiden. Es gibt kaum eine größere Zeitung, wo nicht ein bekannter Spezialist oder eine berühmte Salbe sich zur definitiven Heilung aller Beinleiden empfehlen — und die Ärzte, die in erster Linie berufen sind, sich dieser Krankheiten anzunehmen, stehen abseits und lassen sich ein Arbeitsfeld entgehen, auf dem sie vermöge ihrer Vorbildung Großes leisten sollten!

Mögen diese kurzen Ausführungen, die ich zum Teil aus verschiedenen früheren Veröffentlichungen zusammengestellt habe, den kollegialen Leser überzeugen, daß das klein erscheinende Gebiet dieser chronischen Beinschäden mir zu Beobachtungen und persönlichen Erfahrungen Gelegenheit gegeben hat, die man in der allgemeinen Praxis schlechterdings nicht machen kann; die Erfolge auf diesem Spezialgebiet ärztlicher Tätigkeit sind jedenfalls um so größere, je begrenzter dasselbe ist; und es erscheint daher wert als Spezialbetätigung von Ärzten gepflegt und anerkannt zu werden.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Noch einmal das diagnostisch-therapeutische Institut. — Das System Uriel. — Die Aktion der wirtschaftlichen Organisation.)

Die Wiener Ärztekammer versendet folgendes Zirkular: Sehr geehrter Herr Kollega! Von Herrn Dr. Paul Libesny ist die Gründung eines Institutes zur Beistellung diagnostisch-therapeutischer Einrichtungen geplant, welches Institut nach den bestehenden Statuten zu einer Schädigung der materiellen Interessen des größten Teiles der Ärzte führen würde. Die Statuten sollen allerdings durch andere ersetzt werden, doch ist es unmöglich, über diese dermalen ein Urteil abzugeben. Im Interesse der Gesamtheit ersucht der Vorstand der Wiener Ärztekammer die Herren Kollegen, sich an der Subskription von Anteilscheinen nicht zu beteiligen, insolange die auf die Gründung des Institutes bezügliche Frage mit der Ärztekammer und der wirtschaftlichen Organisation der Ärzte Wiens nicht in befriedigender Weise gelöst ist. Für den Vorstand der Wiener Ärztekammer: Der Präsident: Finger.

Wir können mit Befriedigung hinweisen, daß wir das einzige Blatt waren, das vor dieser Aktion der Ärztekammer auf die Gemeinschädlichkeit dieser Gründerei hinwies, ein Beweis, wie fruchtbar unsere Kritik ist, wenn sie auch manchen Viel- und Schönrednern unangenehm ist. Diese Kritik ist notwendig; denn wie weit die Leichtgläubigkeit vieler Kollegen geht, beweist der Umstand, daß der Gründer dieses vielversprechenden Institutes auf eine Reihe von bekannten Namen hinwies, die er angeblich schon für das Institut gewonnen hatte.

In den jetzt tagenden Delegationen bemerkte Kriegsminister v. Schönaich auf eine Anfrage, der Austritt zahlreicher Militärärzte aus dem Heere sei auf die wesentliche Vermehrung fixer Anstellungen im Zivilleben zurückzuführen, welche auch den Vorteil der Stabilität aufweisen. Die Berufsmilitärärzte, welche früher stipendiert waren, stehen zum Militärärar in einem Vertragsverhältnis, indem sie ihre Studien auf Kosten des Militärärars absolvierten, gegen die durch Revers übernommene Verpflichtung, sechs Jahre lang als Berufsmilitärärzte zu dienen. Das Kriegsministerium hat zweifellos das Recht, solchen Ärzten vor Ablauf von sechs Jahren die Chargenablegung nach § 60 des Wehrgesetzes zu verweigern. Wenn die Kriegsverwaltung bisher Chargenablegungen nach § 60 des Wehrgesetzes bewilligt hat, so liegt die Ursache darin, daß von 285 Stipendistenärzten in den Jahren 1899 bis inklusive 1906 im ganzen 17 vor Vollendung der übernommenen Dienstpflicht die Charge ablegten, wobei bemerkt werden muß, daß viele von ihnen wirklich berücksichtigungswerte Gründe dafür vorbrachten. Da aber von den im Jahre 1907 ernannten 55 Stipendisten bereits 13, von 9 sonstigen noch dienstpflichtigen Ärzten 3 und von 28 im Jahre 1908 ernannten Stipendisten 4 die Chargen abgelegt haben, so trat die Tendenz, auf Kosten des Staates sich auszubilden und sich dann der übernommenen Pflicht zu entledigen, zu deutlich zutage. Als erste Mahnung an die Pflicht wurde die Maßregel ergriffen, daß die vorzeitig um Chargenablegung bittlich gewordenen Ärzte als Sanitätssoldaten ohne Chargengrad in die Reserve versetzt wurden. Motiviert wurde diese Maßregel damit, daß es mit dem Offiziers- und Kadettencharakter nicht vereinbar ist, die Geldmittel des Staates für eine Ausbildung in Anspruch zu nehmen, die man sich sonst nicht hätte leisten können, und dann, weil anderswo ein besseres Geschäft blüht, einfach wortbrüchig zu werden. Da die Gesuche um vorzeitige Chargenablegung sich mehrten, so hat die Kriegsverwaltung ihre durch den Revers gewährleisteten Rechte gewahrt und die Chargenablegung nicht bewilligt. In weiterer Konsequenz müßte die Einstellung des Stipendiensystems in Erwägung gezogen werden.

Natürlich konnte der Kriegsminister nur die Ausreden Uriels, des bösen Geistes des Sanitätswesens, zum besten geben, der nicht um Gründe verlegen ist, wenn es gilt, **den Ausfall von 216 Militärärzten** in einer politisch so gefahrvollen Zeit zu entschuldigen. Gründe sind so billig wie Brombeeren.

Jedoch ist es nicht schwer, nachzuweisen, wie schlecht der Kriegsminister informiert ist. Die Darstellung enthält nämlich selbst den statistischen Nachweis, daß in den sieben vorausgegangenen vorurielschen Jahren nur 17 Stipendisten aus dem Militärverbande scheiden wollten, in der Zeit der Urielschen Blüte — denn die Früchte eines Systems können sich doch nicht im Anfange desselben, sondern erst am Ende desselben zeigen — also in den zwei Jahren 1907 und 1908 bereits 20 Stipendisten um den Austritt baten. Die Zahl der Zivilstellen hat sich doch seit 1907 nicht derart vermehrt; überdies lese man doch die Klagen der fix angestellten Zivilärzte über ihre — auch im Vergleich zu den Militärärzten schlechte Besoldung. Der Grund ist ein ganz anderer.

In der vorurielschen Zeit meldeten sich zum Militär nur solche Kandidaten, die Lust und Liebe zum



Handwerk hatten, gleichgültig, ob Jud oder Christ. Seitdem aber Herr v. Uriel nicht nach den Dienstvorschriften vorgeht, sondern nach den Lehren des Ernest Schneider, machten sich natürlich Lücken in dem Status bemerkbar, da man die jüdischen Kandidaten ohne Rücksicht auf ihre etwaige Eignung konsequent zurückwies. Diese Lücken wurden nun dadurch ausgefüllt, daß man Kandidaten, die weder Eignung, noch Lust zum bunten Rocke hatten, durch Stipendien heranlockte, und so künstlich eine Schar von Militärärzten züchtete, die, manchmal nicht einmal assentiert, nur auf den Moment warteten, wo sie den Urielschen Herrlichkeiten entfliehen konnten. Wir haben weder das Amt, noch die Absicht, das Vorgehen dieser Stipendisten zu verteidigen. Aber ihr Verhalten fällt auf den Organisator zurück, der durch sein System förmlich diese Unmoral züchtete. Diese Geschäftsstipendisten sind Urielschöpfungen und Urielstipendisten; der Herr v. Uriel hat einfach die Not vieler Mediziner benützt, um sie in Versuchung zu führen. Also weg mit diesem Manne; caveant consules, ne quid detrimenti res publica capiat.

Die wirtschaftliche Organisation der Ärzte Wiens veranstaltet mit Rücksicht darauf, daß zu Beginn der Reichsratssession der Gesetzentwurf bezüglich der Reform des Krankenkassenwesens zur Verhandlung gelangen soll, eine Anzahl von Versammlungen in den verschiedenen Bezirken Wiens und auch in der Provinz, um ihre Stellungnahme zu diesem Gesetze zum Ausdrucke zu bringen. Die erste dieser Versammlungen fand in Wien unter dem Vorsitze des Obmannes Dr. Skorscheban im Hotel de France statt. Der Obmann des Vereines der Ärzte des I. Bezirkes, Professor Königstein, erstattete das Referat, in welchem er den Gesetzentwurf eingehend kritisierte und die Ärzteschaft aufforderte, die von der Organisation dagegen eingeleiteten Schritte zu unterstützen. Nach einer längeren Debatte wurde eine Resolution beschlossen, in welcher sich die Ärzteschaft mit den Bestrebungen der Wirtschaftlichen Organisation solidarisch erklärt und ihre bisherigen Schritte vollständig billigt.

39. Deutscher Anthropologen-Kongress.

In Frankfurt a. M. fand im August der diesjährige Anthropologenkongreß statt.

Hofrat Gorjanovic-Kramberger, Agram besprach die Anomalien und die pathologischen Erscheinungen am Skelette des Urmenschen von Krapina. Zuerst fallen die prismatischen Molare im Oberkiefer und Unterkiefer auf, für die wir wohl ihren Grund in der Ernährungsweise zu finden haben, die der Mensch von Krapina hatte, und hierin stimmt er mit dem Homo primigenius von Spy überein. Von Verletzungen dagegen dürften die Veränderungen am rechten Überaugenwulste und am Stirnstück herrühren, die im Kampfe mit den großen Tieren vielleicht erworben sein mögen, ebenso der Bruch einer Elle. Auswüchse an den Halswirbeln schreibt der Vortragende den Entstellungen der sogenannten Höhlengicht zu, wie sie auch schon bei Höhlenbären beobachtet wurden, wogegen Rillen im Zahnschmelze wahrscheinlich ihren Grund in der Art der Ernährung und auch vielleicht in der Indisposition gegen bestimmte Nahrungsmittel haben mögen.

Professor P. Schmidt, Mödling erörterte darauf die entwickelungsgeschichtliche Stellung der Zwergstämme.

Kollmann, Basel hat die Zwergrassen als Entwickelungsstufen, Schwalbe, Straßburg als Verkümmerungen aufgefaßt. Nun gibt es aber für Amerika keine Zwergrasse als Vorstufe der späteren dortigen Rassen, und der Bau der afrikanischen Zwergrassen gestattet auch nicht, diese als Deformationen einer großwüchsigen, kraushaarigen, kurzköpfigen Spezies anzusehen, die es kaum geben kann. Man muß vielmehr in den asiatischen und afrikanischen Zwergrassen eine Fortdauer der Kindheitsstufen der Menschheit betrachten, und mit Hilfe der Ethnologie kann man erkennen, daß sich bei ihnen die Umwelt nicht geändert hat seit den ältesten Perioden ihrer Existenz. Sie sind Jäger, haben keine entwickelte Töpferei, Eisen ist ihnen heute noch unbekannt, sie leben zum Teil noch in der älteren Steinzeit, kennen noch keine Tätowierung und alle die Sitten nicht, die die Menschheit in den „Flegeljahren" ihrer Entwickelung zur Anschauung zu bringen pflegt, wie etwa die Verstümmelungen des Körpers, ja sie leben selbst noch in einer Kulturzeit, die den Totemismus noch nicht kennt. Sehr einfache, nicht niedere Zustände zeigen sich nur in geistiger, religiöser und sittlicher Beziehung bei diesen Zwergvölkern, was schon gegen die Annahme einer Verstümmelung spricht. In diesen kleinen Rassen, deren Studium der Vortragende der Gesellschaft empfiehlt (Stevens hatte schon die Semangs besucht), haben wir lebende Beispiele für die Entwickelung des Menschen, den wir hier noch in seiner in höherem Sinne natürlichen Lebensart beobachten können.

Kranio-Morphologie und Kranio-Trigonometrie war das Thema, das Professor Dr. Hermann Klaatsch, Breslau, behandelte: Der Vortragende wirft die Frage nach den Veränderungen auf, die die Erforschung des menschlichen Schädels in ihren Gesichtspunkten, Methoden und Ergebnissen seit den Tagen des vorigen Frankfurter Kongresses vor 26 Jahren erfahren hat. Eine vollständige Umwälzung auf diesem Gebiete hat sich, allerdings erst im Laufe der letzten Jahre, angebahnt. Die alte Kraniometrie ragt als ein ehrwürdiges Rudiment in die Anthropologie von heute, deren modernes Gepräge durch die vergleichend-anatomische Richtung gekennzeichnet ist. Die auf genetischer Basis sich erhebende Forschung verlangt mehr als eine Anhäufung toter Zahlentabellen und protokollarischer Beschreibungen, die so viele unnütze Arbeit erfordert haben. Die Variationen des gesamten Kopfskeletts der heutigen Menschheit verglichen mit den Fossilresten derselben und mit den anderen Primaten, liefern ein Material, das höhere und niedere Zustände unterscheiden und Entwickelungsreichen kennen lehrt, die von gemeinsamer Urform aus zu verschiedenen Endpunkten führen. Die enorme Verschiedenheit der alten und der neuen Kraniologie zeigt sich besonders deutlich in der Untersuchung des Unterkiefers, der vor der Frankfurter Verständigung in einer Weise ingnoriert wurde, als ob er mit dem Schädel garnichts zu tun hätte, während es doch klar ist, daß man ohne ihn das Problem der „Prognathie", der alten tierischen Schnauze am Menschenkopfe, garnicht in Angriff nehmen kann. Die vergleichend-anatomischen Untersuchungen des Vortragenden, die vom Unterkiefer der Australier ausgingen, haben denselben eine Fülle von bisher kaum beachteten Rassenunterschieden kennen gelehrt, durch die die Frage der menschlichen Kinnbildung neue Beleuchtung erfährt. Bei systematischer Vergleichung der Kiefer, die in gleicher Weise auf die Alveolar-Ebene orientiert sind, und mit Hilfe geometrischer Projektion von Kurven mit dem „Diagraphen" zeigt es sich, daß die heutigen niederen Rassen wie die Australier dieselbe zurückweichende, „fliehende" oder „negative" Kinnbildung besitzen wie die senilen Kieferreste aus dem Diluvium Europas; bei den modernen Europäern hingegen ist die Kinnplatte so weit gegen die Zahnebene umgestellt, daß sie mit ihr einen stumpfen Winkel von 110 bis 120° bildet, während bei den niederen Rassen spitze Winkel von 70 bis 80° bestehen. Auch die Neger Afrikas setzen diesen Zustand fest. Mongoloiden und Malayen zeigen vermittelnde Zustände (90° = neutrales Kinn).

Unabhängig von der Stellung der Kieferplatte ist das Kinnrelief, dessen mediane und laterale Komponenten bisher nicht von einander gesondert wurden, obwohl sie ganz verschiedene Bedeutung haben. Die gemeinsame Urform von Mensch und Affe besaß das rundliche Kinn der heutigen Antropoiden. Ein Rest desselben, das „Median-Kinn", erhielt sich beim Menschen in der rundlichen Prominentia mentalis, wachsend darüber und seitlich sich Gruben am Knochen bildeten. Das Lateralkinn hingegen ist eine Umbildung, auf

einer durch die mimische Muskulatur bedingten Wulstung des unteren Kieferrandes beruhend, die sich durch alle Variationen bis zur Konzentration vorn am Ansatz des Musculus digastricus mandilulae verfolgen läßt. Die Anthropoiden verraten Reste solcher Bildung, sind also auch hierin von der menschlichen Entwickelungsbahn abgesunken. Das vorragende Kinn und die entsprechende Nasenbildung des Europäers verdanken ihre Bildung gemeinsamer Ursache: die Reduktion der Zahnregion der alten, noch bei Australiern erhaltenen tierischen Schnauzenbildung des Menschen. Auch an anderen Teilen des Schädels offenbaren sich die Umformungen aus einem niederen Zustand zu dem der jetzigen höheren Rassen und die Parallele zwischen Australiern und den fossilen Menschenresten Europas. Diese Studien haben es dem Vortragenden ermöglicht, das Gesichtsskelett des berühmten Schädeldaches von Neanderthal zu rekonstruieren, wobei eine Zerlegung des Mediankurvenschnittes in geometrische Figuren sich als notwendig und für vergleichende Projektion von Schädelumrissen als sehr wichtig ergab.

Der Vortragende erkennt die hier aufgestellte „Frankfurter Horizontale“ als Orientierungsebene des Schädels nicht mehr an, sondern wählt dafür die „Glabella-Lambda-Ebene“, nach welcher eine vom Scheitel zum „Basion“ (vorderer Punkt des Hinterhauptdachs) gezogene Linie entweder genau senkrecht steht, oder mit ihr einen um wenige Grade davon abweichenden Winkel bildet.

Einen Pigmentationsmeßapparat konnte der Schatzmeister des Royal Anthropological Institute London T. Gray der Versammlung vorführen. Dieses Instrument ist dazu bestimmt, mit der größten Präzision die Farbe der Haare, der Augen und der Haut zu bestimmen. Die Bestimmung kommt dadurch zustande, daß man die Farbe des Haares usw. mit rot, gelb und blau gefärbten Gläsern zusammenstellt, die eine starke Dichtigkeit der Färbung tragen. Solche Gläser werden von Mr. Lovibond in Salisbury hergestellt. Durch Ablesung der Nummern der betreffenden Gläser kann man die exakte Farbe des Haares, der Augen oder der Haut feststellen. Diese Gläser sind derart verfertigt, daß drei Gläser (rot, gelb und blau) von gleicher Dichtigkeit der Farbe das weiße Licht absorbieren und dergestalt das Ansteigen von schwarzer Farbe messen; zwei gleiche Gläser (rot und gelb) messen orange; zwei (gelb und blau) messen grün und zwei (blau und rot) messen violett. So ist es möglich die exakte Zusammensetzung der beobachteten Farben mit Sicherheit festzustellen.

Rechts und links in der Primatenreihe war das Thema, das Dr. R. Mollison, Zürich, behandelte. Er hat seine Beobachtungen in Diagrammen deutlich zu machen gesucht und konnte finden, daß bei Hylobates (Gibbon), Orang und Mensch die Rechtshändigkeit überwiegt, während der Schimpanse als Linkshänder sich darstellt, ähnlich wie der Gorilla und die „Neuweltaffen“ hinsichtlich der unteren Extremitäten haben Schimpanse, Orang ein stärker entwickeltes rechtes femur, während beim Menschen das linke femur stärker ausgebildet ist. Es ergibt sich im ganzen, daß die Unregelmäßigkeit bei höheren Entwickelungsformen häufiger auftritt als bei den niederen, daß dagegen die Rechtshändigkeit dem Menschen nicht allein zukommt, der Orang ist nach dem Menschen der stärkste Rechtshänder. (Schluß folgt.)

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.
(Fortsetzung.)

In der Abteilung Physik und wissenschaftliche Photographie sprach Prof. A. Korn, München, über

Neue Resultate der Telautographie.

Die Telautographie beschäftigt sich mit dem einfachsten Problem der Bildtelegraphie, der Übertragung von Strichzeichnungen, Handschriften und dergleichen, es handelt sich also nicht wie bei der Phototelegraphie darum, getönte Elemente eines Bildes, einer Photographie mit Hilfe quantitativ abgestufter Ströme in die Ferne zu senden. Nach einem historischen Überblick über die Entwicklung der Telautographie von den ersten Versuchen an bis zum heutigen Stand bespricht Vortragender in ausführlicher Weise den Grayschen Telautographen, nach welchem System der Faksimiletelegraph von Cerebotani konstruiert ist, der schon auf der Linie Berlin-München gute Erfolge erzielte. Eine Modifikation des Grayschen Fernschreibers ist der Apparat von Gruhn-Gazauna, der mit einem photographischen Empfänger ausgestattet ist. So lange man mit mechanischem Relais im Empfänger arbeitete, mußte man auf Übertragung von Autotypien verzichten, in neuester Zeit sind jedoch sehr empfindliche Instrumente konstruiert worden, die in dem Empfänger des Kopiertelegraphen ein Saitengalvanometer eingeführt haben; dieses hat den Vorteil, daß die Ausschläge des rasch folgenden Saiteninstruments selbst optisch auf den Empfangsfilm aufzeichnen. Die bisher angewendeten Apparate übertragen die Zeile von zehn Zentimetern in zwei Sekunden, das heißt die Geschwindigkeit für Handschriften entspricht etwa 500 Worten in der Stunde, in Stenographie 2000 Worten, doch besteht die berechtigte Hoffnung, daß die Geschwindigkeit sich wesentlich steigern lassen wird. Die Anwendung der Telautographie zur Übertragung von Handschriften ist technisch nicht mehr mit Schwierigkeiten verbunden, wohl aber tritt die juristische Frage auf, in welchen Fällen eine Telautographie gesetzlich anerkannt werden kann. Es ist daher nötig, besondere Garantien für die Echtheit der telautographisch übermittelten Unterschriften zu sichern. Die Telautographie wird gute Anwendung finden können zur Übertragung meteorologischer Karten und Handzeichnungen, welch letztere für illustrierte Zeitungen eine wesentliche Ergänzung zu der telegraphischen Übertragung von Photographien werden dürfte. Vor der Phototelegraphie hat die Telautographie den Vorzug, daß sie scharfe Striche, die bei ersterer leicht verwischt werden, sehr scharf hervortreten läßt, ferner ist die Telautographie nicht so von der Isolation der Leitung abhängig, wie die mit den Quantitäten der Ströme rechnende Phototelegraphie, in der man mit verhältnismäßig schwachen Strömen arbeiten muß. Eine Reihe instruktiver Zeichnungen und Bilder erläuterten den mit großem Beifall aufgenommenen Vortrag.

Neuere Methoden zur Erzeugung elektrischer Schwingungen und Bedeutung derselben für die drahtlose Telegraphie.

Professor Theodor Simon, Göttingen, führte eine Reihe von Experimenten vor, welche das größte Interesse aller Fachmänner wachriefen. Die theoretische Begründung dieser Methoden arbeitet mit Intregralen, entzieht sich demnach einer genauen Darstellung für Nichtfachmänner. Das Prinzip dieser elektrischen Schwingungen ist wesentlich folgendes: Die klassische Methode der Schwingungserregung, wie sie an die Namen Fodderson, Thomson, Hertz geknüpft ist, kannte nur die durch den Funken erregten gedämpften Schwingungen. Ihr akustisches Analogon sind die verklingenden Töne, die durch Anschlagen einer Glocke erzeugt werden. Auf dem Boden, den der Vortragende 1908 mit der Entdeckung des sprechenden Lichtbogens aufgeschlossen hat, sind inzwischen, sehr wesentlich durch seine und seiner Schüler Arbeit gefördert, neue Methoden der Schwingungserregung entstanden, deren akustisches Anologon die durch einen konstanten Strom erregten gleichmäßigen Töne der Orgelpfeife sind. Diese Methoden stützen sich auf die vom Vortragenden aufgeklärten dynamischen Eigenschaften des elektrischen Lichtbogens, die in dem Vortrage kurz erläutert wurden. Dann wurden die neuen Methoden der Schwingungserregung, durch eine große Zahl wirkungsvoller Experimente erläutert, im einzelnen durchgesprochen.

Um die Fürsorge für uneheliche Kinder sprach Dr. Arthur Keller, Berlin. Eine Pflicht der sozialen Gemeinschaft wird die Hilfe, wenn die Mutter ihrem Kinde die nötige Pflege und Ernährung angedeihen lassen will, aber



wirtschaftlich dazu nicht imstande ist. Hieher gehört die Schwangeren- und Wöchnerinnenunterstützung, die Unterstützung stillender Mütter in der Außenpflege, die Schaffung eines Heims für die heimlosen Wöchnerinnen und die geschlossene Armenpflege für kranke und frühgeborene Kinder. Das ist das Gebiet der öffentlichen Unterstützung, an deren Stelle nach Möglichkeit durch die Weiterentwicklung der Arbeiterversicherung die wenn auch auf staatlicher Verpflichtung beruhende Selbstfürsorge zu setzen ist.

Soweit es sich um Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung handelt, stehe ich ganz auf dem Standpunkt: Will man der Sache wirklich dienen, will man die gesetzgebenden Faktoren überhaupt zu einer ernsthaften Diskussion veranlassen, dann muß man alle übertriebenen Anforderungen fallen lassen und das gegenwärtig Durchführbare herausgreifen. Dazu gehört in erster Linie eine allmähliche Ausdehnung der Krankenversicherung, und zwar die Ausdehnung der gesetzlichen Fürsorge und des Versicherungszwanges auf alle in Handel, Gewerbe, Haus und Landwirtschaft tätigen Arbeiter und Arbeiterinnen, obligatorische Einführung der Familienversicherung, Unterstützung der Wöchnerinnen in voller Höhe des Lohnbetrages, freie Gewährung der Hebammendienste, der ärztlichen Behandlung und der Medikamente. Solange diese Forderungen nicht erfüllt sind, ist dem Schutzbedürfnis der Mutter in stärkerem Maße als bisher durch die öffentliche Armenpflege Rechnung zu tragen. Nun sind in unseren Großstädten nicht gar so viele Ausstände zu machen. Die meisten von ihnen bringen heute schon der Säuglingsfürsorge sehr viele Opfer, nur in einem Punkte wollen auch die, welche praktisch energisch helfen, nicht nachgeben, insofern sie sich gegen jede Ausdehnung ihrer Verpflichtung über das Maß der Unterstützungen hinaus, wie sie sie als gesetzliche Vorschrift auffassen, sträuben. Von verschiedenen Seiten versucht man gegen diese Auffassung anzukämpfen und Bresche zu legen. So hat auf dem Fürsorgeerziehungstage der Direktor der Frankfurter Zentrale für private Fürsorge, Dr. Polligkeit über das Recht des Kindes auf Erziehung und über die Pflicht der Armenpflege, jedem Kinde ein gewisses Mindestmaß von Erziehung zu sichern, gesprochen. In demselben Sinne können wir von einem Recht des Kindes auf Pflege und Ernährung sprechen. Damit wäre auch der Anspruch begründet, daß der Mutter von seiten der Armenpflege soweit Unterstützung zu gewähren ist, daß sie in die Lage versetzt wird, ihr Kind selbst zu stillen. Aber tatsächlich handelt es sich, wie gesagt, dabei in unseren Großstädten mehr um einen Streit in Worten, denn sie lassen es zumeist nicht an Leistungen fehlen, nur wollen sie diese als freiwillige angesehen wissen. Schlecht steht es in kleinen Gemeinden, die einfach nicht in der Lage sind, auch bescheidenen Ansprüchen des Kinderschutzes gerecht zu werden, und aus diesem Grunde schließe ich mich dem schon längst ausgesprochenen Verlangen an, daß die kleinen Gemeinden zu größeren Armenverbänden zusammengeschlossen werden, welche eventuell durch staatliche Unterstützung in die Lage zu versetzen sind, die Lasten zu tragen.

Wenn wir aber von den Verhältnissen der Großstädte ausgehen, so geschieht tatsächlich von öffentlicher und privater Wohlfahrtspflege recht viel zum Schutze und zur Fürsorge fürs Kind. Aber die Einrichtungen werden von denen, welche am meisten Hilfe brauchen, nicht in vollem Umfange ausgenutzt, und man kann nur den Kindern helfen, deren Mütter oder Versorger diese Hilfe haben wollen. Viele Kinder aber werden absichtlich der Fürsorge entzogen, und darum ist eine Reform notwendig.

Um diese zu begründen, dürfte es nützlich sein, die Einrichtungen des Kinderschutzes in anderen Ländern anzusehen und mit den deutschen zu vergleichen. Nun ist allerdings dieses Gebiet ein solches, auf dem gegenwärtig fast in allen Staaten Reformen vorbereitet werden. Wohin man sich wendet, immer bekommt man die Antwort: Gegenwärtig bestehen die und die Einrichtungen, aber wir werden in nächster Zeit ändern. Das ist nicht gerade ermutigend für den, der sich einen Rat holen will, denn es ist das beste Zeichen, daß die Leiter des dortigen Systems selbst mit ihrer Organisation nicht zufrieden sind. Nur die Ungarn geben in Wort und Schrift die stolze Antwort: Unsere staatliche Versorgung für die der Fürsorge bedürftigen Kinder ist tadellos und musterhaft. Allerdings melden sich auch dort schon Stimmen, welche Ergänzungen oder Änderungen fordern. Man braucht nur die parlamentarischen Verhandlungen der letzten Jahre in den verschiedenen Ländern zu verfolgen, und man wird wenige Staaten finden, in denen die gesetzgebenden Körperschaften sich nicht mit dem einen oder anderen Teile der Fürsorge für Mutter und Kind beschäftigt haben: In England ist die Childrens Bill bereits in zweiter Lesung angenommen; in Italien liegt ein Gesetzentwurf betreffend Fürsorge für Findlinge und verlassene Kinder der Deputiertenkammer vor; in Schweden hat die Regierung infolge eines Antrages aus dem Reichstage die Frage der Mutterschaftsversicherung einem Komitee zur Beratung überwiesen; die niederösterreichische Landesvertretung hat eine vollständige Umgestaltung des Findelwesens beschlossen.

Die Organisation des Findelwesens in den europäischen Staaten ist sehr verschieden. Nur der Historiker, der auf die einfachen Formen in den ersten Entwicklungsstadien zurückgeht, wird die Differenz zwischen den verschiedenen Systemen uns erklären können. Wenn man aber heute in verschiedenen Ländern vorhandene Einrichtungen betrachtet, so findet man kaum mehr klare Typen, sondern Übergänge der verschiedensten Art und spätere Zusätze zu der alten Organisation, welche unorganisch sind und dem ursprünglichen System widersprechen. Bei uns bestehen zum Teil falsche Anschauungen über die heutige Fürsorge des Findelwesens, welche zu ungerechtfertigten Angriffen Veranlassung geben. Die Abneigung der Leute, die einerseits die hohe Mortalität der Findelkinder ins Feld führen, andererseits geltend machen, daß durch die Findelhäuser die Moral geschädigt, die Unsittlichkeit unterstützt und vermehrt werde, richten sich zumeist nur gegen die Anstalten, welche den Namen Findelhaus tragen. Sie glauben, daß auch heute noch in allen Findelhäusern eine bedingungslose Aufnahme erfolgt, daß heute noch die absolute Anonymität gewahrt wird wie vor 100 Jahren. Sie wissen nicht, daß zwischen damals und heute eine lange Entwicklungszeit mit vielen Reformen liegt. Sie wissen nicht, daß die modernen Findelhäuser nach dem Woher des Landes? und Wessen Kind? mit derselben Gewissenhaftigkeit fragen wie der Sekretär der Armenverwaltung einer sparsamen Stadt, wenn es sich um Gewährung einer Armenunterstützung handelt. Sie wissen nicht, daß die Rechte des Kindes gegenüber dem Erzeuger auch in der Findelanstalt durch eine besondere Rechtsschutzabteilung wahrgenommen werden, welche Mutter und Vater zu der Aufbringung der Kosten für ihr Kind ebenso heranzieht wie der städtische Berufsvormund in einer deutschen Stadt. Sie wissen eben deswegen auch nicht, daß die Steiermärkische Landesanstalt und das Berliner Kinderasyl der Schmidt-Gallisch-Stiftung sich in der Organisation sehr ähnlich sehen, nur daß die eine noch den ominösen Namen Findelhaus trägt, das andere nicht.

Wenn gegen die Findelhäuser im allgemeinen Einwände zu machen sind, so treffen diese nicht ohne weiteres das System, sondern die Durchführung des Systems.

Die Findelversorgung der romanischen Staaten und Österreichs beruht auf dem System, daß das Findelhaus nur Durchgangsstation und Krankenhaus ist, daß Mutter und Kind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle acht bis zehn Tage nach der Entbindung getrennt werden, und daß das Kind in Außenpflege, bestenfalls bei einer stillenden Pflegefrau untergebracht wird. Die Nachteile dieses Systems werden vermieden durch die neue ungarische Organisation: auch hier ist das Asyl nur Durchgangsstation, aber das ganze System ist auf dem Grundsatz aufgebaut, den Zusammenhang zwischen Mutter und Kind aufrecht zu erhalten und das Selbststillen zu fördern. Mittel zu diesem Zweck ist die Unterstützung der stillenden Mutter, und, wenn notwendig, die Unterbringung



von Mutter und Kind in Außenpflege. Der Fehler dieses Systems ist der, daß viele Mütter, welche ihr Kind nicht stillen wollen, durch den Zwang zum Stillen abgeschreckt, dem Asyl und seiner Versorgung überhaupt fernbleiben und das Kind in fremde Pflege unterbringen.

In ganz anderer Weise ist die öffentliche Findlingsfürsorge in England, Schweden, Rußland organisiert. In England werden die unehelichen Säuglinge wohl in die Findelpflege aufgenommen, aber sie werden zunächst, ohne das Findelhaus zu berühren, auf dem Lande in Außenpflege untergebracht und erst im fünften Lebensjahr werden sie zu gemeinsamer Erziehung in das Foundlings-Hospital aufgenommen. Die Versorgung dient in dem Falle mehr dem Schutze vor Verwahrlosung als der Säuglingsfürsorge. Erwähnen möchte ich, daß ich bei einem Besuch des Findelhauses den besten Eindruck von den Erfolgen der Erziehung und der Pflege in der Anstalt gewonnen habe. In Rußland, dessen beide Riesenanstalten wohl vielen bekannt sind, bleiben die Säuglinge bis in den zweiten Monat im Findelhause, werden dort fast ausschließlich an der Brust ernährt, zumeist von der eigenen Mutter, und dann aufs Land in überwachte Außenpflege gegeben.

Musterhaft wie in seinen baulichen Einrichtungen finde ich die Organisation des Allmännabarnhus in Stockholm. Die Neugeborenen bleiben in der Regel vier Monate in der Anstalt, werden zunächst ausschließlich an der Brust ernährt, im Hause abgestillt, und vor Ablauf des fünften Monates in überwachte Außenpflege aufs Land entlassen. In der Anstalt ist der Grundsatz die Versorgung aller Säuglinge mit Frauenmilch: für 240 Säuglinge sind 150 Ammen vorhanden, jede Amme darf ihr eigenes Kind mitbringen; mit vier Monaten werden auch die Ammenkinder, und zwar in fremde Pflege entlassen. Durch achtmonatliche Ammendienste erkauft die Mutter die Übernahme ihres Kindes in staatliche Fürsorge.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über die Resultate unserer Operationen an den Gallenwegen. Von Dr. Robert Bachrach.

In den letzten 3 Jahren wird an der Klinik Hochenegg fast regelmäßig die Cholezystektomie ausgeführt, wenn nicht pericholezystische Abszesse, allzu feste Verwachsungen der Gallenblase mit der Umgebung oder ein sehr schlechter Allgemeinzustand des Patienten dies verbieten. Maßgebend hiefür ist eben der Grad der bei der Eröffnung der Bauchhöhle vorgefundenen anatomischen Veränderungen an der Gallenblase. Bei vollkommen frei beweglicher, dünnwandiger und durch schwere Entzündungen nicht stark heimgesuchter Gallenblase, in der man einige Steine tastet, ist die Cholezystendyse eine wegen ihrer Einfachheit und guten Prognose gewiß sehr verlockende Operation, aber derartige Fälle sind bei uns höchstens Nebenbefunde. In gut drei Viertel der Fälle finden sich mehr weniger feste Adhäsionen zwischen der Gallenblase und ihrer Umgebung; diese selbst ist häufig geschrumpft, mit Steinen gefüllt, oder es besteht ein so hochgradiger Hydrops, daß man mit ziemlicher Sicherheit schwere Schädigungen ihrer Wand anzunehmen berechtigt ist. Ein derartig verändertes Organ zu belassen, wird man sich nur schwer entschließen können. Denn durch die Entleerung der Gallenblase allein ist noch keine Gewähr für ihre Gesundung gegeben. Die Verlegung der Luschkaschen Gänge durch kleinste Konkremente soll die Ursache der Steinrezidive bilden. Mit der Entfernung jener wird auch die Möglichkeit für diese verringert, und wenn Kocher meint, daß durch die Ektomie die Rezidivoperation erschwert werde, so braucht man dies nicht zu fürchten, wenn man das Auftreten der Rezidive verhindert. Echte Rezidive haben wir an unseren Fällen eigentlich niemals beobachtet.

Gelegentliche Anwesenheit von Steinen in einer sonst normal aussehenden Gallenblase ist ein bei Sektionen nicht so seltener Nebenbefund; hier aber hatte der offenbar schon seit langem bestehende Hydrops keine Erscheinungen gemacht und wir können als die anatomische Ursache der plötzlich aufgetretenen akuten klinischen Symptome nur die Erosionen der Schleimhaut und ein beginnendes Empyem des Gallenblaseninhaltes auffassen.

Bei 15% der Patienten fehlen anamnestisch die Anfälle von Gallensteinkoliken vollständig. Diese Kranken entschlossen sich nach mehrjährigen unbestimmten Schmerzen in der Magengegend, gelegentlichen Erbrechen und Verdauungsstörungen zur Operation.

Gerade in diesen Fällen fördert die Operation oft Veränderungen an den Gallenwegen zutage, deren Schwere in gar keinem Verhältnis zu den relativ geringgradigen und gar nicht charakteristischen Beschwerden steht, die vorausgegangen sind.

Was die Technik der hier besprochenen Operationen betrifft, so wurden dieselben nach den an der Klinik Hochenegg üblichen Vorbereitungen fast durchweg in Billroth-Mischungsnarkose ausgeführt. Als sehr zweckmäßig hat sich bei den Eingriffen an den Gallenwegen die auch von Bardeleben geübte Hochlagerung des Rückens durch Unterschieben eines keilförmigen Kissens erwiesen. Es wird hiedurch die Übersicht über das Operationsfeld eine bedeutend bessere und besonders der Zugang zu den tiefen Gallenwegen erleichtert.

Eine einheitliche Schnittführung bei den Gallensteinoperationen ist unter den Chirurgen bisher nicht erzielt worden; tatsächlich scheinen die Resultate der Operation durch diese Differenz nicht wesentlich beeinflußt zu werden.

Der bei uns geübte Schnitt geht am äußeren Rande des rechten Musculus rectus abdominis in einer Länge von zirka 10 *cm* durch die Haut und eröffnet tunlichst weit außen die vordere Rektusscheide. Der Rektusmuskel wird nun möglichst wenig nach der medialen Seite verzogen und nach Durchtrennung der hinteren Rektusscheide das Peritoneum eröffnet. Dieser Rektalschnitt gibt eine vollkommene ausreichende Übersicht über das Operationsfeld bei kräftiger Verziehung der Wundränder nach beiden Seiten. Von der Durchschneidung einiger zum Rektus ziehenden Nervenfasern — was die Gegner dieser Schnittführung am meisten fürchten — haben wir bisher keine üblen Folgen gesehen; jedesfalls wird hiedurch die quere Durchtrennung des Rektusmuskels sowie die gegebenenfalls nötige Unterbindung der Arteria epigastrica superior vermieden, was sowohl gegenüber dem Schrägschnitt Kochers als dem Kehrschen Wellenschnitt einen entschiedenen Vorteil bedeuten dürfte. Wenn durch langdauernde Drainage ein Teil der Wunde längere Zeit offen gehalten werden muß, wird wohl eine Ventralhernie für keinen Fall zu vermeiden sein; sonst kamen kleine Bauchwandhernien an einzelnen Stellen der Naht nur höchst selten und bei sehr fettleibigen Personen mit atrophischer Muskulatur zur Beobachtung. Es empfiehlt sich — was ich besonders hervorheben möchte — die vordere Rektusscheide knapp neben ihrer äußeren Umschlagstelle zu eröffnen, damit der Rektusmuskel für den Peritonealschnitt nicht zu weit nach der medialen Seite verzogen werden muß. Wir haben es gelegentlich erlebt, daß ein Kautschukdrainrohr durch den Druck des nach Schluß der Bauchhöhle in seine normale Lage gebrachten Rektus abgeknickt wurde, ein unangenehmes Ereignis, das durch diese Vorsicht leicht vermieden werden kann.

Die der Eröffnung der Bauchhöhle folgende Operation an der Gallenblase — in den letzten Jahren, wie erwähnt, vorwiegend die Cholezystektomi — wird unter sorgfältiger Abdichtung der Umgebung durch sterile Gaze vorgenommen.

Bei den Operationen an den tiefen Gallenwegen ist die Hepatikusdrainage nach Kehr das bei uns übliche Verfahren: sowohl zur Ableitung von Steinen und infizierter Galle aus dem Ductus hepaticus als auch zur temporären Ausschaltung des Ductus choledochus nach Choledochotomie hat sich dasselbe als sehr zweckmäßig erwiesen. Die schon seinerzeit von Lorenz (9) empfohlene Mobilisierung des Duedenums nach Kocher und Berg verschafft eine gute Übersicht über die



oft schwer zugängliche retroduodenale Partie des Ductus choledochus. Wir haben aus dieser Methode zu wiederholten Malen Vorteil gezogen, indem ein scheinbar unbeweglicher Verschlußstein im Choledochus von hier aus mobilisiert werden konnte, wodurch die Choledochotomie erspart blieb.

B. kommt nun auf die Dauerresultate der vorliegenden Operationen zu sprechen. Es wurden an alle Patienten schriftliche Umfragen gerichtet, wenn möglich trachtete ich. mich persönlich von ihrem derzeitigen Befinden zu überzeugen. Bei den im Jahre 1907 operierten Patienten kann man natürlich nur von einer relativen Dauerheilung sprechen. da seit der Operation erst 6 Monate verflossen sind; immerhin habe ich die seit Herbst vorigen Jahres operierten Fälle gar nicht in meine Zusammenstellung aufgenommen, weil die Beobachtungsdauer hier eine allzu kurze gewesen wäre. Unter 118 in Betracht kommenden Kranken erhielt ich nur von 79 verwertbare Antworten, über das Schicksal der übrigen konnte ich leider nichts in Erfahrung bringen. Von diesen 79 starb ein Mann 2 Jahre nach der Cholezystektomie an Diabetes, eine 68jährige Frau, bei der die Cholezystektomie und Choledochotomie mit Hepatikusdrainage ausgeführt worden war, nach 3jährigem vollen Wohlbefinden an einem Uteruskarzinom. Weitere 68 Patienten erfreuen sich voller Gesundheit, werden durch keinerlei Beschwerden an ihr früheres Leiden erinnert und können demnach als dauernd geheilt bezeichnet werden.

Bei 7 Patienten gehen die Angaben dahin, daß sie seit der Operation zwar von ihrem früheren Leiden befreit seien, manchmal jedoch zeigten sich noch leichte Schmerzen in der Narbe, die gegen den Rücken ausstrahlen, oder nur unbestimmtes Druckgefühl in der Magengegend, sehr selten auch Erbrechen. Über die Ursache dieser Beschwerden, deren Vorkommen ja von anderen Autoren ebenfalls berichtet wird, ist ein sicherer Entscheid nicht gefällt. Die Annahme eines Rezidivs oder Pseudorezidivs ist bei der Leichtigkeit der Symptome wohl nicht berechtigt, wahrscheinlich dürfte es sich um Adhäsionen der Narbe mit dem Pylorus oder Dünndarm, vielleicht mit dem Peritoneum parietale oder dem Serosaüberzug der Leber handeln. Jedenfalls kann man in diesen Fällen nicht von einem Mißerfolg der Operation sprechen, da die Patienten ihrer Beschäftigung ohne weiteres nachgehen können, auch sonst in ihrem Lebensgenusse in keiner Weise beeinträchtigt sind. Wir hören von einigen, daß sie für den Verlust ihrer früheren unerträglichen Schmerzen gerne dieses kleine Unbehagen in den Kauf nehmen.

Unser in dieser Hinsicht gewiß günstiges Resultat ist meiner Ansicht nach wohl darauf zurückzuführen, daß in zirka 50% aller Fälle die Gallenblase entfernt wurde. Ehrhardt (13), der sich mit der Frage des Rezidivs und Pseudorezidivs nach Gallensteinoperationen eingehend beschäftigt hat, kommt zu dem Schlusse, daß man sich vor dem Rezidiv nur dann schützen kann, „wenn man die Gallenblase radikal exstirpiert und die tiefen Gallenwege drainiert“. Auch wir möchten nach dem eben Mitgeteilten die Extirpation der Gallenblase zur Normalmethode erheben, ausgenommen in denjenigen Fällen, wo diese Operation eine direkte Gefahr für den Patienten mit sich bringen kann. (Mediz. Klinik Nr. 29.)

*

Über nervöse Störungen der Herztätigkeit. Von Doktor Winckelmann. (Schluß.)

Nicht nur auf dem Gebiet der Nerven- und Herzkrankheiten, sondern ganz allgemein, meine ich, ist bei den sogenannten inneren Krankheiten der psychogene Faktor in Zukunft mehr als bisher zu berücksichtigen. Das Gegenteil jener „Macht des Gemütes, durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu werden“, scheint im Leben des heutigen Kulturmenschen eine ungeahnte Rolle zu spielen.

Der Therapie sind sehr viele Fälle von nervösen Störungen der Herztätigkeit recht zugänglich, wenigstens bei genügender Geduld des Patienten und des Arztes.

Das wesentlichste ist die psychische Beeinflußung des Kranken, der vor allem von der Überzeugung, ernstlich herzkrank zu sein, abgebracht werden muß. Bisweilen gelingt dies schon bei einer der ersten Konsultationen bei solchen Leuten, die ihren Puls ängstlich beobachten und sofort nach ihrem Eintritt in das Sprechzimmer den Arzt auf ihre hohe Pulszahl aufmerksam machen. Solche Kranke untersucht man in Rückenlage — nach einiger Zeit der Ruhe auf den Untersuchungsdivan ist nicht selten der Puls zur Norm zurückgekehrt!

Ein mehr oder weniger langdauerndes Aussetzen der Berufstätigkeit wird sich oft nicht umgehen lassen. Einige Tage der größten Ruhe bei zweckmäßiger Diät leite die Kur ein, die durch Darreichung von allgemein tonischen und nervenberuhigenden Mitteln, je nach der Lage des Einzelfalles, unterstützt wird. Zum Beispiel ist Baldrianwurzel in Verbindung mit Bromkali (Infus. rad. Valerian. 10·0/180·0, Kali bromat. 5·0, Sir. simpl. ad 200·0) oft in der ersten Zeit angebracht. In anderen Fällen sah ich vom Bornyval, das in Gelatineperlen a 0·25 *g* (dreimal täglich 1—2 Perlen) im Handel ist, befriedigenden Erfolg. Von allgemein tonischen Mitteln hat sich mir mehrfach das Sanatogen bewährt. Eine längere Zeit konsequent durchgeführte Sanatogenkur hat einen entschieden kräftigenden Einfluß auf das Nervensystem. Von den verschiedensten Vehikeln, mit dem es eingenommen werden kann, scheint mir Malzbier am besten geeignet.

Da der stärker gefüllte Magen und aufgetriebene Därme das Zwerchfell aufwärts drängen, ist es verständlich, daß Kranke mit nervösen Störungen der Herztätigkeit ihren „Anfall“ oft mehr oder minder bald nach der Nahrungsaufnahme bekommen. Darnach hat sich die Diät zu richten. Die einzelnen Mahlzeiten seien nicht reichlich; schwerverdauliche, schlackenreiche oder blähende Speisen sind zu meiden. Tabak und Kaffee sind zu verbieten. Von alkoholischen Getränken ist nur in Einzelfällen ein geringes Quantum zu gestatten; bei in baccho Mäßigen hilft ein Glas Kulmbacher Bieres oft besser gegen Schlaflosigkeit (erschwertes Einschlafen!) als „andere Medikamente“.

Von physikalischen Heilmethoden kommen Bäder und Massage sowie leichte Körperübungen, Bewegungen in Betracht. Bäder von zirka 33° C. 15—20—30 Minuten, gegen Abend verabreicht, haben meist sehr beruhigende Wirkung. CO_2-Bäder sind erst bei beginnender Genesung vorsichtig zu versuchen. — Vibrationsmassage der Herzgegend setzt die Pulsfrequenz herab. Ebenso wirkt Erschütterung vom Rücken her mittels des Zanderschen Apparates F bei zwischen den Schulterblättern aufgepreßter Pelotte. Gymnastische Bewegungen und Übungen an medikomechanischen Apparaten, sowie genau dosierte Spaziergänge dürfen nur nach ärztlicher Anordnung und unter ärztlicher Kontrolle ausgeführt werden, sind aber unter diesen Bedingungen von größter Heilwirkung bei den „nervösen“ Störungen der Herztätigkeit. (Med. Klinik Nr. 30.)

III. Sitzungsberichte.

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.
(Fortsetzung.)

Sticker sprach über spontane und postoperative Implantationstumoren.

Sticker bespricht die Entstehungsmöglichkeit sekundärer Tumoren durch Implantation. Die von außen her erfolgende Einpflanzung von Geschwulstzellen unter den Begriff „Metastasierung“ zu subsummieren, gehe nicht an, man müßte denn wie von lymphogenen und hämatogenen, so auch von aërogenen Metastasen sprechen.

Die von verschiedener Seite erhobenen theoretischen Bedenken gegen die Entstehungsmöglichkeit maligner Tumoren auf dem Wege der Implantation sind durch die zahlreichen mit Erfolg ausgeführten Geschwulstübertragungen der Neuzeit widerlegt worden. Warum trotzdem die spontanen und postoperativen Implantationstumoren so selten vorkommen, darüber geben die Experimentalforschungen eine zufriedenstellende Antwort.

Das Experiment hat gelehrt:



1. Implantiert man in ein Organ eine Anzahl von Tumorzellen, so kommt es meist zur Ausbildung eines einzigen, eines solitären Knotens. Dieser wächst nur durch Propagation; Metastasen in den benachbarten Lymphdrüsen oder gar in entfernteren Organen bleiben in der ersten Zeit vollständig aus.

War die Implantation von Anfang an eine doppelte, sei es in dasselbe Organ oder in zwei verschiedene Organe, so entsteht an jedem Orte der Implantation ein solitärer Knoten.

2. Versucht man, nachdem sich ein Implantationstumor entwickelt hat, eine zweite, oder dritte oder vierte Implantation, so gelingt dieselbe niemals.

Mit anderen Worten, eine simultane, multilokuläre Implantation ist möglich, eine pluritemporäre Implantation bleibt ohne Erfolg.

3. Wird ein Implantationstumor exstirpiert, so gelingt nunmehr an anderer Körperstelle eine Implantation, dieselbe mag einfach oder multipel, an demselben Tage oder später vorgenommen werden; dieselbe ist auch dann erfolgreich, wenn an der ersten Implantationsstelle absichtlich oder unabsichtlich von neuem implantierte Zellen ein Rezidiv entstehen lassen.

4. Wird ein Implantationstumor nur teilweise exstirpiert und wächst das zurückgelassene Tumorstück unbehelligt weiter, so bleibt jede nachfolgende Implantation ohne Erfolg.

In Übereinstimmung mit diesen experimentellen Tatsachen stehen die empirischen Beobachtungen bei spontan entstandenem Krebs. Auch hier bleibt der maligne Tumor lange Zeit solitär und erst in einem späteren Stadium treten Tochtergeschwülste auf. Man sagt, Blut und Lymphe besitzen eine Zeitlang Eigenschaften, durch welche etwaige in sie hineingelangende Tumorzellen vernichtet werden.

Diese Vorstellung reicht jedoch nicht aus und wird durch Sticker dahin erweitert, daß der Geschwulstbildungsprozeß ein doppeltes Zonengebiet im Körper entstehen läßt, von denen die eine Zone, in welcher der Tumor sitzt, mit Angriffsstoffen erfüllt ist, welche einer allmählichen Ausbreitung des Tumors die Wege ebnen, während die andere das übrige Körpergebiet umfaßt und mit Abwehrstoffen erfüllt ist. So lange dieser Zustand vorhanden, eine ausgebildete Geschwulstzone und eine als Gegenwirkung sich darstellende Immunzone, so lange kann der Tumor zwar in seinem Gebiete weiter wachsen, auch sein Gebiet vergrößern, aber eine zweite Tumorentstehung in entfernten Organen ist weder auf dem gewöhnlichen Blut- oder Lymphwege, noch auf dem Wege der Implantation möglich. Dieser Spannungszustand kann plötzlich aufgehoben werden; sei es durch spontanes Verschwinden der Antistoffe beim Eintritt des Geschwulstbildungsprozesses in seine zweite Phase, die der allgemeinen Metastasierung, sei es durch künstliche Eliminierung derselben nach operativer Entfernung des Drimärtumors.

Sticker versucht, diese neuen Vorstellungen auf einige der in der Literatur mitgeteilten Fälle von sogenannten Impfkarzinomen (Kontaktkarzinomen) zu übertragen und ihre Entstehung auf dem Wege der Implantation verstehen zu lernen.

Schultze spricht zur Meniskuszerreißung.

Der Patient verunglückte dadurch, daß er auf schlechtem Pflaster mit dem linken Bein umknickte, wobei sich sein Knie in stärkste Valguestellung bei extremer Außenrotation des Unterschenkels stellte. Starke Schmerzen, die ihn faßt bewußtlos machten, traten sofort ein. Patient wurde nach Hause gebracht. Der herbeigerufene Arzt stellte Verstauchung fest und verordnete kalte Umschläge. Das anfangs wegen der Schmerzen unbewegliche Bein wurde in elf Wochen soweit gebessert, daß Patient seinen Dienst als Eisenbahnschaffner wieder aufnahm. Indessen hatte er immer noch bei geringen Anstrengungen schon Schmerzen, außerdem aber auch ein Gefühl absoluter Unsicherheit und Schwäche. Vier Wochen versah er seinen Dienst unter großen Anstrengungen, dann trat wieder eine Verschlimmerung ein. Er mußte sich wieder drei Wochen lang mit Umschlägen ins Bett legen. Als auch dann noch keine vollständige Schmerzlosigkeit eingetreten war, kam er in die Königl. Klinik. Man fand bei ihm damals das linke Bein geschwollen. Das Bein wurde im Kniegelenk leicht flektiert gehalten. Beim Bewegen ohne Belastung waren Exkursionen bis zur fast vollständigen Streckung und bis zur Beugung über 90.° ohne Schmerzen ausführbar. Bei Belastung hielt er das Bein ganz fest fixiert und trat unsicher und übervorsichtig einher. Die Palpation der Gelenklinie zeigte am Innenrand der Tibia drei Finger hinter dem Innenrand der Patella einen druckschmerzhaften Punkt. Eine weite Lücke war nicht zu fühlen. Beim Bewegen beobachtete man kein Schaben; ein Aus- und Einschnappen, ein Hervorwölben aus der Gelenklinie ließ sich nicht feststellen. Bei maximaler, passiver Beugung trat ein starkes Schmerzgefühl auf, beim entsprechenden Strecken zeigt es sich auch, aber im geringeren Grade. Die Achse des Unterschenkels wich nicht erkennbar seitlich ab. Seitliche Bewegungen im Knie waren nicht möglich.

Die Diagnose wurde trotz Fehles eines großen Teiles der Kardinalsymptome auf Grund namentlich der Anamnese, des Druckschmerzes am inneren Tibiakondylus und der Schmerzen bei der Belastung auf Meniskusabreißung gestellt.

Ich öffnete von einem der Kniesehne parallelen Schnitt, der über den Druckpunkt gelegt wurde, das Gelenk: Anfangs sah ich nichts Pathologisches, erst beim Abpräparieren der Kapsel nach vorn zu sah ich einen ganz schmalen Spalt im medialen Meniskus. Bei extremer Beugung des Knies sprang dann hier ein zungenförmiger Lappen heraus: das mittelste Stück des medialen Meniskus. Die Ränder des 2 *cm* breiten Knorpellappens waren papierdünn abgeschliffen. Spuren eines frischen Insultes fehlten. Reposition und Reluxation des Stückes gelang leicht. Ich exstirpierte den Lappen; vernähte die Kapsel. Unter aseptischem Verband mit Fixation des Beckens durch Schiene heilte die Wunde in acht Tagen p. pr. int. Danach legte ich einen Streckverband an und begann mit Bewegungsübungen. Nach 16 Tagen verließ Patient die Klinik mit einem zwar nur wenig beweglichen, aber bei Belastung nicht schmerzhaften Knie. Bis Ende Mai wurde es massiert und übte er selbst zuhause mit großer Energie. Seit Anfang Juni ist er im Dienst und kann ihn voll und ganz und ohne Schmerzen versehen. Er hält seinen Dienst, bei dem er gezwungen ist, viele Stufen zu steigen, für die beste Massage. Das funktionelle Resultat, das sich nach Angaben des Patienten dauernd noch bessert, ist ein glänzendes. Patient kann schon jetzt beinahe auf seiner Ferse sitzen.

Der Operationsbefund erklärt die Beschwerden des Patienten in jeder Hinsicht. Das herausgesprengte Stück des Meniskus verschob sich bei jeder Bewegung im Gelenk: das konnte bei fehlender Belastung ohne Schmerzen geschehen, so lange die Bewegungen keine extremen waren. Bei maximaler Beugung und Streckung wurde das Stück zwischen den Kondylen eingeklemmt und wurden dadurch Schmerzen verursacht. War das Bein belastet, so bestand ein dauernder Druck auf die lädierte Partie. Um die dadurch hervorgerufenen Schmerzen zu vermindern, vermied Patient erstens jede Bewegung, und ferner hielt er das Glied in so einer Stellung fixiert, die den erkrankten Teil des Meniskus möglichst schonte: in leichter Beugung.

Betreffs des Mechanismus der Verletzung schließe ich mich in diesem Falle nicht der Brunsschen Erklärung an, daß die Zerreißung dadurch zustande gekommen ist, daß, sobald durch starke Beugung des Knies die Meniski zwischen den Kondylen der Tibia und des Femur eingeklemmt wird, mit der forzierten Drehung des Unterschenkels eine Zerrung an den Anheftestellen der Meniski, an der Tibia und eine Abreißung möglich sei. Ich neige mehr der Schlatterschen Auffassung zu, nach der es sich mehr um eine Quetschung zwischen den Kondylen handelt. Indessen kommt zu diesen Momenten zweifellos noch ein anderes: die Muskelaktion. So nimmt Boucher z. B. an, daß für Verletzungen des lateralen Meniskus der M. popliteus, der ja bekanntlich zum Teil aus



dem Meniskus seinen Ursprung nimmt, direkt eine wesentliche Rolle spielt. Wie weit eine Muskelaktion auch für den medialen Meniskus in Betracht kommt, hier allerdings nur indirekt, werde ich an anderer Stelle anführen.

Leichenversuche sind nur im Brunsschen Sinne gelungen, haben aber, da sie ja die Muskelaktion ausschalten, nur bedingten Wert.

Die wesentlichsten Punkte der Diagnose habe ich oben in der Krankengeschichte hervorgehoben. Bezüglich der Therapie wäre die Frage zu diskutieren, ob es geraten erscheint, nur den luxierten Teil oder den ganzen Meniskus zu exstirpieren. Dies ist natürlich nur von Fall zu Fall zu entscheiden. Bei unserem Patienten war die teilweise Exstirpation, dem Erfolge nach zu urteilen, wohl das richtigste. — Bezüglich der Nachbehandlung bedarf es außer frühen Bewegungen und Massage des redlichen Willens des Patienten. — Der hat auch in diesem Falle wesentlich zu dem günstigen Resultat beigetragen. (Freie Vrg. d. Chirurg. Berlins.)

Coenen stellt zwei Fälle von Pseudoarthrose des Unterschenkels vor, die durch die Reichelsche Plastik (Chirurgenkongreß 1903) zur Heilung gebracht waren.

Die Müllersche Autoplastik war in diesen Fällen nicht anwendbar, weil die Knochen, namentlich das untere Ende zu atrophisch waren, so daß man bei der Bildung des Hautperiostknochenlappens nicht genug lebensfähigen Knochen in dem Lappen bekommen haben würde. So wurde denn die Reichelsche Plastik gemacht. Zu dem Zwecke wurde die Pseudoarthrose freigelegt und auf dieselbe ein vom gesunden Unterschenkel genommener rechteckiger Hautperiostknochenlappen gelegt, der seinen Stil am Wadenbein, seinen inneren Rand an der inneren Schienbeinkante und seinen Knochen durch Abmeißelung der Kortikalis des Schienbeins hatte. Die Überpflanzung dieses Lappens vom gesunden Bein auf das kranke gelang gut unter starker Einwärtsrollung der Beine, so daß die beiden inneren Schienbeinflächen aufeinander zu liegen kommen. Im ersten Fall wurde der Stil nach 14 Tagen, im zweiten nach drei Wochen durchtrennt und dadurch die Überpflanzung vollendet. Der überpflanzte Hautperiostknochenlappen wurde dann, nachdem er kurze Zeit granuliert hatte, genau der Stelle der Pseudoarthrose adaptiert, heilte gut an, bildete neuen Knochen und führte die Fragmente der Tibia zur Heilung und Konsolidation.

Der erste so behandelte (Dr. Coenen) Fall betraf eine neunjährige Patientin, die seit ihrer Kindheit eine Pseudoarthrose des linken Unterschenkels hatte. Die Knochen des Schienbeins waren sehr atrophisch, so daß sie lang und spitz aufeinander zustrebten. Nach 10 und 13 Tagen wurde der Stil des Lappens teilweise eingeschnitten, am 14. Tage vollständig durchtrennt. Sechs Wochen nach der Bildung des Lappens wurde derselbe vollständig adaptiert und auf die Pseudoarthrose brückenförmig gelegt. Die Heilung folgte glatt. Die Patientin konnte ein halbes Jahr nach der Operation mit Schienenstiefeln gehen und geht jetzt ohne denselben mit erhöhter Sohle. Es hat sich im Bereiche des vom gesunden aufs kranke Bein überpflanzten Lappens mächtiger Kallus gebildet, die Pseudoarthrose ist geheilt, der Unterschenkel vollständig tragfähig.

Der zweite so behandelte Fall war ganz ähnlich; es handelte sich um einen 15jährigen Schüler, der ebenfalls eine Pseudoarthrose des linken Unterschenkels hatte, bei der auch schon alles mögliche versucht war. Hier wurde die Reichelsche Knochenplastik (St. A. Franz) ausgeführt, die Stildurchschneidung erfolgte definitiv nach drei Wochen, die Adaption des Lappens nach vier Wochen. Auch hier folgte Heilung und Konsolidation. Der Patient läuft ohne Stützapparat mit erhöhter Sohle. (Freie Verg. der Chirurg. Berlins.)

(Fortsetzung folgt.)

IV. Literatur.

Der Wert der Rekto-Romanoskopie für die Erkennung und Behandlung der tiefsitzenden Darmerkrankungen. Von Prof. Julius Schreiber (Königsberg). Halle a. S. Karl Marhold, Verlagsbuchhandlung. Sammlung aus d. Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Albu.

Die Rektoskopie liegt bislang in den Händen einiger weniger Spezialisten. Bei der ungeheuren Wichtigkeit der direkten Besichtigung der so häufig erkrankten unteren Darmpartien wäre es wünschenswert, daß die Rektoskopie Gemeingut aller praktischen Ärzte würde.

Aus dem Schreiberschen Buche, das eine Lücke in der Literatur ausfüllt, seien die wichtigsten Resultate mitgeteilt.

A. der Wert der Rektoromanoskopie für die Erkennung tiefsitzender Darmerkrankung.

a) Über tiefsitzende akute Darmblutungen.

Es werden 2 Fälle mitgeteilt, bei denen keine Beschwerde, kein äußeres Zeichen auf ein Darmleiden hinwies, bei welchen auch die gewöhnliche Untersuchung einschließlich der Digitalpalpation nichts auf den Darm Verdächtiges ergab. Der eine Kranke schien an leichter Dyspepsie zu leiden, der andere war vor einem Jahre krank, nur aus Furcht, er könnte wieder an Diarrhoe erkranken.

In beiden Fällen deckte die endoskopische Untersuchung schwere Veränderungen auf; im ersten ein weit vorgeschrittenes Rektumkarzinom, im zweiten einen bis tief ins S Romanum verbreiteten chronisch entzündlichen Prozeß.

b) Die Diagnose des („tiefsitzenden") Rektumkarzinoms.

Wenngleich die Digitaluntersuchung in vielen Fällen ohne weiteres die Diagnose auf Karzinom ermöglicht, so gibt es doch Fälle, bei denen erst die Rektoskopie zum Ziele führt. Anderseits konnte S. in einigen Fällen, wo die Diagnose nach der Palpation auf Karzinom gestellt war, durch die Endoskopie die Diagnose auf Polyposis oder andere gutartigen Tumoren korrigieren.

c) Die Diagnose des sog. hochsitzenden Mastdarmkarzinoms, des Karzinoms am Constrictor rectoromanus.

Ist schon die Diagnose des tiefsitzenden Rektumkarzinoms mit Hilfe der Digitaluntersuchung allein eine unzulängliche, so ist die Diagnose höher gelegener Karzinome ohne Endoskopie in einer großen Anzahl von Fällen geradezu unmöglich, da der Sitz oft ein derartiger ist, daß der Tumor weder per anum noch von den Bauchdecken aus palpiert werden kann. Dort, wo sonst nur Vermutungen möglich sind, bringt die Rektoskopie volle Klarheit. Als Beispiel diene folgender Fall.

Frau M. L. 62 J. Seit einem Jahr zeitweise Blut im Stuhl. In den letzten Monaten öfters Durchfälle. Digitalpalpation des Rektums ergibt nichts. Nach wiederholter Rektoromanoskopie läßt sich am Beginne des S Romanum eine körnige polypöse Masse nachweisen.

Ein Stück des Tumors wird abgetragen und mikroskopisch untersucht. Die Untersuchung ergibt Karzinom.

d) Solitäre Polypen und Polyposis am Rektum und S romanum.

Polypen im Mastdarme entgehen zum Teil der Palpation, zum Teil täuschen sie ein Karzinom vor, so daß die Diagnose erst durch die Endoskopie festgestellt werden kann, doch ist in vielen Fällen eine wiederholte Untersuchung notwendig, da die Polypen leicht zwischen den Falten der Schleimhaut eingeklemmt werden. Eine sichere Symptomatologie der Polyposis besteht nicht. Man entdeckt die Polypen zumeist zufällig bei Erkrankungen, die auf den Dickdarm hinweisen.

e) Darmblutung. Darmblutung kommt als Begleiterscheinung von Polypen, Tumoren und Hämorrhoiden häufig vor. Zuweilen fand S. als Ursache der Blutung eine Rötung und Schwellung der Schleimhaut tief unten im Bereiche des Sphinxtus internus, in anderen Fällen wieder fand sich eine chronisch hämorrhagische Sigmoiditis.

f) Diarrhoischer Darmkatarrh. Endoskopiert man Patienten mit idiopathischem Darmkatarrh, so ergeben sich zuweilen Überraschungen; in einem Falle fand S. eine Poliposis, in einem anderen ein tuberkulöses Geschwür, ohne daß das Allgemeinbefinden etwa auf Tuberkulose hingewiesen hätte.



g) Zur Lokalisationsdiagnose des chronischen Darmkatarrhs. Diese ist nur mit Hilfe der Endoskopie möglich.

h) Darmverengerung. In einem Falle, der bei der Palpation als Karzinom imponierte, ergab die Spiegelung, daß es sich bloß um eine strikturierende Narbe handelte.

i) Erweiterung der unteren Darmabschnitte. Mitteilung eines Falles, wo bei einem 18jähr. Mädchen sich eine Dehnung des Mastdarms bis zum S Romanum erstreckte. Die Dehnung konnte radiologisch nicht festgestellt werden.

B. Über den Wert der Rektoromanoskopie für die Behandlung tiefsitzender Darmerkrankungen. Der therapeutische Wert der Endoskopie ist ein geringerer als der diagnostische, doch lassen sich in einzelnen Fällen (Behandlung der blutenden Schleimhaut, Abtragung von Polypen) günstige Resultate erzielen.

C. Technisches zur Rektoromanoskopie.

Zum Instrumentarium gehört:

1. ein zylindrischer, vorn abgerundeter, zentimetrierter Tubus,
2. Obturator mit Rillen am Einsatz und am Ende,
3. Ansatz zu etwaiger Einblasung von Luft in den Darm,
4. Stab als Wattetupfer,
5. Stab zur lokalen Applikation von Medikamenten. Dazu eine kleine Beleuchtungslampe.

Um keinen Schaden anzustiften, muß das Instrument vorsichtig eingeführt werden. Der Patient nimmt die Kniebrustlage ein, während der Untersucher zur Linken steht. Lufteinblasung zur leichteren Entfaltung des Darmes hält S. für überflüssig. Sobald das Instrument über den Sphinkter hinaus ist, soll der Obturator entfernt werden, um das Rohr unter Kontrolle des Auges vorwärts schieben zu können.

Untersucht man den Patienten in Seiten- oder Steinschnittlage, dann empfiehlt sich die Lufteinblasung. Bessere Bilder erhält man jedoch bei der Kniebrustlage.

D. Indikation und Kontraindikation der Rektoromanoskopie.

Indiziert ist die Endoskopie: in allen Fällen chronischer Erkrankung des Darmes, welche auf eine Beteiligung der unteren Darmabschnitte hinweisen. In allen diagnostisch zweifelhaften Fällen ist sie erforderlich, in allen diagnostisch sicheren mindestens nützlich.

Denn auch in sogenannten diagnostisch sicheren Fällen vermag die endoskopische Kontrolle nicht selten modifizierend, ergänzend, erweiternd und vermittels Probeexcision und Mikroskopie erkenntnisvertiefend zu nützen.

Die in der Literatur angegebenen Kontraindikationen hält S. nicht für stichhältig, (so Adnexerkrankung, Prostatahypertrophie usw.), da man bei nötiger Sorgfalt eventuellen Gefahren aus dem Wege gehen kann.

Meine Erlebnisse im russisch-japanischen Krieg. Von W. Weressájew. Einzige Ausgabe, die alle von der Zensur im russischen Original unterdrückten Stellen enthält. Robert Lutz, Stuttgart. Mk. 5.

W. Weressájew hat sich vor einiger Zeit schon durch seine rücksichtslos freimütigen „Bekenntnisse eines Arztes" einen Namen gemacht. Was er jetzt wieder mit seinen Kriegserinnerungen vor aller Welt enthüllt, ist nicht minder geeignet, Aufsehen zu erregen. Als Reservearzt hat Weressájew an dem russisch-japanischen Krieg teilgenommen und er hatte gerade als Nichtkombattant Gelegenheit, in all jene schmutzigen dunklen Winkel hineinzublicken, die als „russische Zustände" eine traurige internationale Berühmtheit genießen.

Wir lesen bei Weressájew von der völligen Unfähigkeit und Gewissenlosigkeit selbst der höchsten Offiziere und Beamten, von fortgesetzten Unterschlagungen und Diebstählen, von Plünderei, despotischer Willkür und einer jede Vernunft erstickenden, geradezu phänomenalen Bureaukratie. Eine Mißwirtschaft enthüllt sich unseren Augen, die in ihrer bis zum äußersten getriebenen Vollendung fast grandios erscheint. Man hat den Eindruck: Rußland ist korrumpiert bis ins Allerinnerste hinein.

Fast jeder Offizier und Beamte will sein Geschäftchen machen und stiehlt und plündert, wo und was er kann; die Offiziere nehmen ihre Maitressen als „Krankenschwestern" mit ins Feld, so daß vielfach ein Weiberregiment im Heer herrschte; die höchsten Stellen im Sanitätskorps sind mit Günstlingen statt mit Ärzten besetzt. Weressájews Darstellung ist schriftstellerisch hervorragend; das ganze Buch für jeden Westeuropäer eine Enthüllung: So ist Rußland! Hundertmal „russischer" als man es je für möglich hielt. P.

V. Aus der Praxis.

Justin M. Mc. Carhy gibt einen kurzen Bericht über 15 Fälle von **puerperaler Eklampsie** und der Anwendung von Nitroglyzerin, aus dem folgendes erwähnenswert ist: 5 Frauen starben, also etwa 33%; früher wurden 40—50% angegeben, in neuerer Zeit 20—25%. In drei Klassen eingeteilt, nach der Behandlungsmethode, ergeben sich folgende Zahlen: 1. ohne Nitroglyzerin behandelt: 5 Fälle mit 3 Todesfällen; 2. mit Nitroglyzerin innerlich verabreicht: 2 Fälle mit 1 Todesfall; 3. mit Nitroglyzerininjektionen (subkutan) 8 Fälle mit 1 Todesfall. Von den Kindern starben 4 = 26·7%.

Neben der innerlichen und hypodermatischen Darreichung von Nitroglyzerin wurden noch angewandt: Amylnitrit, Chloralhydrat, Chloroform, Ergotin, heiße Packungen, Ferrum perchloridum, Morphiuminjektionen, Bromkalium und -natrium, Phenazetin und Koffein, Pilokarpin (hypod.), physiologische Kochsalzlösung (Infusion per rectum) und Venäsektio.

Das Stadium der drohenden oder ausbrechenden Krämpfe indiziert die Behandlung. Im Vorläuferstadium richtet sich das Streben nach Hebung der Toxämie; da sollte tägliche Untersuchung des Urins stattfinden und alle jene Sorgfalt angewandt werden, wie bei einem frischen Fall von Brightscher Krankheit, besonders in bezug auf Diät. Da ist auch Nitroglyzerin angebracht.

Hat die Geburt schon begonnen und sind die Konvulsionen schwach, so kann man abwechseln zwischen Morphium- und Nitroglyzerininjektionen. Sind die Krämpfe aber stärker, so muß die Geburt beendet werden. Da ist Chloroform von größtem Nutzen. Medikamente dürfen in diesem Stadium nur noch subkutan angewandt werden. Nach der Geburt handelt es sich um Herstellung der gestörten Nierenfunktion und Erholung des Nervensystems von den Konvulsionen.

In 6 Fällen traten Konvulsionen erst nach der Geburt auf (1 Todesfall), von den 9 vor oder während der Geburt Befallenen starben 4 (alle nach der Geburt) und 5 genasen.

In diesem Stadium erweist sich Nitroglyzerin als eines der nützlichsten Medikamente.

Im ersten Falle, 1882 behandelt, wurde Nitroglyzerin innerlich dargereicht, verbunden mit Amylnitritinhalationen. Die Krämpfe traten erst nach der Geburt und sehr schwer auf; die Frau genas.

Zwei weitere Fälle waren besonders eindrucksvoll: die Konvulsionen hörten trotz Beendigung der Geburt nicht auf. Die Injektionen wurden begonnen beim ersten mit 3 minim (zirka 0·18 *ccm*) und als die Diurese hergestellt war, mit 4 minim (zirka 0·24) fortgesetzt; mit bestem Resultat. Beim zweiten ging man bis 7 minim (zirka 0·42 *ccm*). Die Frau hatte später ungestörte Geburten und eiweißfreien Urin. Jedesmal war hier Nitroglyzerin während der Chloroformnarkose verabreicht worden. Seit dieser Erfahrung wandte Carthy jedesmal diese Methode an und hatte nur noch einen Todesfall zu verzeichnen, der sehr spät in Behandlung gelangte. Nitroglyzerin ist längst in Anwendung bei der Brightschen Nierenentzündung, um den arteriellen Druck herabzusetzen, die Diurese zu befördern. Carthy bittet die Kollegen, diese Methode zu prüfen, und wünscht, daß sie ebenso gute Resultate wie er erleben möchten bei dieser so peinlichen Krankheit, die so oft die Freude des kommenden Tages in das Leid dunkelster Nacht verwandle. Brit. med. J. 23. Mai 1908, S. 1220, n. d. M. Klinik.)



VI. Notizen.

Albrecht v. Haller. In Bern wurde am 16. d. M. der 200. Geburtstag Albrecht v. Hallers, des berühmten Arztes, Naturforschers und Dichters gefeiert, und bei dieser Gelegenheit wurde ein Denkmal des großen Sohnes der Schweiz enthüllt. Zahlreiche Akademien und Universitäten haben sich dabei vertreten lassen. Er wurde am 16. Oktober 1708 in Bern als Sohn einer Schweizer Patrizierfamilie geboren und begann als junger Mann von 20 Jahren sein großes botanisches Werk über die Alpenflora und sein berühmtes Gedicht über die Alpen, worin er die großartige Schönheit des Hochgebirges schilderte, lange bevor die Erkenntnis desselben in das Volk gedrungen war. Gleichzeitig veröffentlichte er seine satirischen Gedichte, die viel Aufsehen erregten, aber auch viele Anfechtungen von kirchlicher Seite erfuhren. Im Jahre 1736 wurde er als Professor der Medizin nach Göttingen berufen und begründete hier einen botanischen Garten, ein anatomisches Theater und Kabinet, eine Entbindungsanstalt und die Göttinger Sozietät der Wissenschaften. 1745 zog er sich in seine Vaterstadt Bern zurück und widmete sich seinen wissenschaftlichen Arbeiten und den Staatsgeschäften, indem er eine Reihe wichtiger humanitärer Anstalten ins Leben rief. In jene Zeit fielen seine wichtigen psychologischen Entdeckungen, namentlich seine epochemachenden Beobachtungen über die Entwicklung des tierischen Keimes im Ei und über das Wachstum der Knochen. Gegen Ende seines Lebens, im Jahre 1777, erhielt Haller in Bern den Besuch des Kaisers Josef II. bei dessen Rückkehr aus Frankreich. Am 12. Dezember 1777 starb Haller nach langem und schwerem Siechtum. Nach seinem Tode wurde die Anklage des Unglaubens gegen Haller erhoben und es heißt, daß niemand in Bern genau anzugeben wisse, wo Hallers Leiche begraben worden ist.

Kundmachung. Bei der Witwen- und Waisensozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums kommt vom 1. November 1908 an aus der Med. Dr. Philipp und Moritz Jacobovicsschen Stiftung ein Stipendium per K 720 für die Dauer eines Jahres, zahlbar in zwei halbjährigen Raten à K 360 an einen durch seinen Fleiß und Talent würdig befundenen Kandidaten der medizinischen Doktorswürde zur Bestreitung der Doktorats- und Rigorosentaxen ohne Unterschied der Konfession zur Verleihung. Dem Gesuche, worin der Wohnort des Bewerbers anzugeben ist, sind anzuschließen: 1. Der Tauf- oder Geburtsschein des Bewerbers, 2. ein von der Ortsbehörde ausgestelltes Armutszeugnis, 3. ein von dem Dekanate der medizinischen Fakultät in Wien ausgestelltes Zeugnis, worin bestätigt wird, daß der Bewerber die medizinischen Studien in der vorgeschriebenen Zeit im Jahre 1908 an der Wiener Universität absolviert habe, zur Ablegung der Rigorosen bereits angemeldet und zugelassen sei. 4. Zeugnisse über abgelegte Prüfungen und eventuell abgelegte Rigorosen. Bewerber um dieses Stipendium haben ihre ungestempelten Gesuche spätestens bis 10. November 1908 bei der Witwen- und Waisensozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums, I., Rotenturmstraße 19, einzureichen. Von der Witwen- und Waisensozietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums.

VII. Eingesendet.

Der Reichsverband österreichischer Ärzteorganisationen versendet an die Professorenkollegien sämtlicher österreichischer Universitäten folgenden Aufruf:

Löbliches k. k. Professorenkollegium!

Die Ärzteschaft Österreichs befindet sich angesichts der bevorstehenden Reform der Krankenkassengesetzgebung in einem schweren Existenzkampfe.

Die Ärzteschaft Österreichs, welcher bei der Schaffung der bevorstehenden Krankenkassengesetze die Existenz schon geschmälert, untergraben wurde, soll nach dem Willen mächtiger politischer Parteien durch eine Reform in deren Sinne, die noch über das Reformprogramm der Regierung hinausgeht, in einem Maße belastet werden, welches den vollständigen wirtschaftlichen und moralischen Ruin der freien ärztlichen Praxis bedeutet.

Die Rückwirkung solcher desolater Verhältnisse auf die medizinischen Fakultäten, auf das medizinische Studium, auf unsere Wissenschaft könnte nicht ausbleiben.

Das Ansehen der gesamten Ärzteschaft, welches ohnedies schon tief gesunken ist, müßte noch tiefer herabgesetzt werden, sollten die ärztefeindlichen Wünsche von den gesetzgebenden Körperschaften erfüllt werden. Werden die maßlosen Forderungen der Krankenkassenvertreter Gesetz, dann wird es in Österreich nur der Willkür von Kassenleitungen ausgelieferte Kassenärzte geben. Die übrige, nicht kassenpflichtige Bevölkerung wird nach einer Entscheidung des Verwaltungsgerichtshofes ohne Rücksicht bis zu dem höchsten Einkommen Gelegenheit haben, sich bei registrierten Hilfskassen auf freie ärztliche Behandlung durch pauschalierte Kassenärzte versichern zu lassen. Die Kassen sind bestrebt und werden in Zukunft noch mehr bestrebt sein, auch Spezialisten im Pauschalsysteme anzustellen. Es droht also auch der spezialistischen Behandlung der Ruin. Die schmähliche Bezahlung pauschalierter Kassenärzte ist so bekannt, daß es überflüssig erscheint, darüber noch ein Wort zu verlieren.

Die Reform der Krankenkassengesetzgebung ist somit für den gesamten ärztlichen Stand in wirtschaftlicher Beziehung nicht minder wie in moralischer eine Frage vom Sein und Nichtsein.

Das ergebenst gefertigte Präsidium des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen erlaubt sich daher die dringende Bitte an ihre Professoren, sie wollen die organisierte Ärzteschaft, wenn sich ihr Existenzkampf als unvermeidlich herausstellen sollte, nicht verlassen, sondern ihre wertvolle Unterstützung leihen.

Die Professorenschaft der medizinischen Fakultäten wolle einer hohen Regierung vorstellen, daß die ärztliche Kunst und Wissenschaft, das gesundheitliche Volkswohl nur gedeihen kann, wenn der ärztliche Beruf als freier Beruf weiterbesteht und nicht in wirtschaftliche und moralische Fesseln geschlagen wird, welche die Entfaltung einer gedeihlichen Wirksamkeit hemmen und vernichten müssen.

Das ergebenst gefertigte Präsidium erlaubt sich, einem löbl. Professorenkollegium in der Anlage die überaus mäßigen Forderungen der Ärzteschaft Österreichs nebst Begründung anzuschließen und bittet nochmals nach Prüfung unserer Argumente zum Schutze der Ärzteschaft einzutreten.

Die Rufe einer geeinigten Ärzteschaft samt ihren Professoren können nicht ungehört verhallen, sie müssen und werden von der Regierung und den gesetzgebenden Körperschaften berücksichtigt werden.

Einem löblichen k. k. Professorenkollegium

Hochachtungsvollst ergebenst

Präsidium des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen

Dr. Adolf Gruß.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 45. Wien, 7. November 1908. Nr. 45.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über Angina u. A.

Von **Dr. Aladár Békéss** in Wien.

Unter Angina versteht man gewöhnlich die Entzündung der Gaumentonsillen. Die Erkrankung ist aber so vielgestaltig, daß es vielleicht der Mühe lohnt, etwas über die verschiedenen Formen auszuführen.

Die Angina simplex, d. h. die katarrhalische Entzündung der Tonsille treffen wir als Diagnose sehr häufig, in Wirklichkeit kommt sie allein äußerst selten oder gar nicht vor, sondern man findet sie als Teilerscheinung einer katarrhalischen Entzündung des Rachens oder der oberen Luftwege. Die Diagnose ist sehr einfach: die genannten Teile sind gerötet und die Erkrankung bedarf in akuten Fällen zumeist keiner besonderen, in chronischen Fällen einer lokalen Behandlung. Desungeachtet wird in den meisten Fällen ein zumeist abenteuerlich zusammengesetztes Gurgelwasser verordnet, über dessen Zweck und Nutzen ich mir noch immer nicht klar geworden bin.

Eine zirkumskripte Rötung kommt an den vorderen Gaumenbögen bei Rednern, Lehrern usw. vor, der keine weitere Bedeutung zukommt.

Die Angina specifica als Begleiterscheinung der chronischen Infektionskrankheiten kommt als Ulzeration hauptsächlich bei Tuberkulose, als Papel bei Syphilis vor. Ätzung mit Lapisstift oder Galvanokaustik nebst Allgemeinbehandlung führen am raschesten zur Ausheilung des lokalen Prozesses.

Die gewöhnlichste Anginaform ist die A. follicularis oder lacunaris als akute Infektionskrankheit, die namentlich im Frühjahre und Herbst gehäuft vorkommt. Die Diagnose ist leicht, namentlich im Beginne: zumeist Schüttelfrost, Fieber, Schluckbeschwerden; auf den entzündlich geschwellten Tonsillen der punktförmige follikuläre, gelblichweiße Belag, der in den nächsten Tagen durch Konfluenz das lakunäre Bild zeigt.

Bei dieser Form sind Gargarismen angezeigt, eine einfache leichte Lösung von Kal. hypermang. ausreichend.

Wichtig ist diese Erkrankung wegen der zahllosen Komplikationen und Folgekrankheiten. Von den letzteren sei erwähnt der akute Gelenksrheumatismus.

Zur Zeit wo diese Tatsache noch nicht so bekannt war, beobachtete ich ein 10jähriges Mädchen, welches einige Tage nach einer Angina an Peliosis rheum. erkrankte, um dann erst das ausgesprochene Bild des akut. Gel. rheum. darzubieten.

Nephritis und Appendizitis sollen sich auch häufig an eine Angina anschließen. Mir fehlen bisnun diesbezügliche Erfahrungen. Wenn man aber bedenkt, daß das schwammige lymphoide Tonsillengewebe ein wahres Reservoir von allen Arten pathogener Keime darstellt, die von hier aus ihren Weg hauptsächlich durch die Lymphbahn in den Körper finden, so erscheint nicht nur obige Annahme gerechtfertigt, sondern es dürften viele Infektionskrankheiten ihre Einbruchspforte in den Tonsillen haben.

Von den Komplikationen sei außer der Halsdrüsenschwellung mit dem sogenannten „Drüsenfieber" zunächst die Angina phlegmonosa erwähnt. Im Ablauf einer Angina lac. tritt nach einer kurzdauernden Besserung bei dazu disponierten Personen eine Verschlimmerung der Schluckbeschwerden ein, die von den Patienten zumeist der „schlechten" Behandlung zugeschrieben werden. Hauptsächlich einseitig kommt es zu immer stärkerer Schwellung und Vorwölbung des weichen Gaumens mit einer ziemlich beträchtlichen Mundsperre. Da der Abszeß peritonsillär sitzt, muß die Inzision im weichen Gaumen und nicht in die Tonsille gemacht werden. Gurgeln mit heißen Flüssigkeiten beschleunigt den Prozeß. Ich fand, daß nur gewisse Leute, wie schon oben angedeutet, eine Phlegmonosa, und zwar wiederholt bekommen.

In einzelnen Fällen klagen die Patienten über Schluckbeschwerden, ohne daß der Befund an den Tonsillen uns eine Aufklärung geben würde. Erst bei der Rhinoskopia posterior findet man an der Luschkaischen Tonsille das Bild der Angina follicularis. Dieser Befund ist eigentlich relativ nicht so selten, wird aber in der Praxis sehr häufig übersehen, trotzdem intelligente Patienten die Schluckbeschwerden ziemlich gut lokalisieren. Noch häufiger, weil seltener, wird die Entzündung der Zungentonsillen übersehen, die man am besten mittels Kehlkopfspiegels sieht. Man soll daher bei Schluckbeschwerden ohne eigentlichen Befund an den Gaumentonsillen, wenn nicht bei allen Anginen stets diese zwei genannten Untersuchungsarten zur Feststellung der Diagnose verwenden, um so mehr, da schwere Veränderungen am Larynxeingang auch Schluckbeschwerden verursachen. Dieser Untersuchungsvorgang führte auch zu einer Beobachtung, die bemerkenswert erscheint, da die Klagen der Patienten ganz gleich-

lautend sind und fünf Fälle innerhalb acht Tagen betreffen. Alle fünf Fälle geben an: Halsschmerzen und Fieber durch einige Tage gehabt zu haben, und jetzt seien die Schluckbeschwerden nach ganz kurzer Besserung bedeutend ärger und tiefer sitzend.

1. 12. September 1908. H. S., 22jähriges Mädchen, über dem rechten Aryknorpel nach hinten ziehend eine ödematöse Schwellung von Bohnengröße.

2. 16. September. A. H., 48jährige Frau, starke ödematöse Schwellung des ganzen Aditus ad laryngem wie bei Glottisödem, hauptsächlich Schluck-, aber auch geringe Atembeschwerden.

3. 17. September. M. N., 28jähriger Arbeiter, starke ödematöse Schwellung an der vorderen Fläche der Epiglottis, die ödematöse Schleimhaut liegt wurstartig in den Vallekeln.

4. 19. September. A. K., 19jähriges Dienstmädchen, am 14. September sah ich sie mit einer Angina lacunaris, kommt erst heute wieder, Tonsillen noch stark geschwellt und gerötet, belagfrei; ödematöse Schwellung der aryepiglottischen Falte links.

5. Am selben Tage. R. Z., 21jähriger Beamter, ebenfalls ödematöse, haselnußgroße Schwellung der linken aryepiglottischen Falte.

Mit Ausnahme des Falles 4 habe ich in den anderen vier Fällen die Angina nicht gesehen, aber alle schildern, wie erwähnt, die Beschwerden konform und die Tonsillen waren am Beobachtungstage normal. Sie zeigen direkt auf den Kehlkopf, bei den Fällen mit einseitiger Lokalisation auf die kranke Seite und erklären, früher im Hals oben die Schluckbeschwerden gehabt zu haben. Lues oder Tbc nicht nachweisbar. Die Fälle bessern sich unter symptomatischer Behandlung (Insufflation von Anästhesin). Da ich schon mehrere Jahre diese Komplikation nicht beobachtet habe und jetzt hintereinander fünf Fälle zu Gesichte bekam, sehe ich mich veranlaßt, auf diese Erscheinung ausdrücklichst aufmerksam zu machen. Ich kann für dieses gehäufte Auftreten keine Erklärung geben und weiß nicht, ob es nur eine „Multiplizität der Fälle" ist, also Zufall, oder ob es im „Genius epidemicus" liegt. Sonderheiten in Epidemien kann man ja bei jeder Infektionskrankheit finden.

Fortfahrend in den Anginaformen hat die Angina necrotica ein besonderes Interesse, da sie häufig mit Diphtherie verwechselt wird. Während bei der Diphtherie wie der Name sagt, eine Exsudatschichte, eine mehr weiße Membrane an den Tonsillen haftet, die man mehr oder weniger abheben kann, stellt die Angina necrotica einen Zerfall des Tonsillengewebes dar, eine pulpöse, schmutzigweiße Detritusmasse, immer zirkumskript auf der Tonsille beschränkt, bei Diphtherie die Tonsillengrenzen nicht beachtend, auf Uvula, Gaumenbögen usw. übergreifend.

Nur aus dem Verwechseln beider Erkrankungen läßt sichs erklären, daß wiederholt Diphtherie bei ein und demselben Kinde gefunden wird. Wenn auch das wiederholte Erkranken an Diphtherie vorkommen kann, so ist dies sicherlich äußerst selten und ich habe bisnun nur einen Fall, wo das zweimalige Auftreten von Diphtherie (innerhalb eines Jahres) wahrscheinlich ist. Die zweite Erkrankung habe ich selbst nicht gesehen. Die Spitalsdiagnose soll auf Di. gelautet haben.

Die Angina diphtherica will ich nicht besonders beschreiben, möchte nur hervorheben, daß nicht so selten Fälle afebril verlaufen und andere wieder einen chronischen Verlauf nehmen, das heißt viele Tage andauern im Gegensatz zum gewöhnlichen, ziemlich raschen Verlauf.

Es muß beachtet werden, daß die Fälle manchmal unter dem Bilde einer Angina follicularis oder lacunaris verlaufen und die nächsten Fälle in derselben Familie bieten dann das Bild der echten Diphtherie.

In diesen Fällen darf man nicht annehmen, daß der erste Fall eine gewöhnliche Angina war, um so weniger, da ein solches Bild sich in wenigen Stunden verändern kann. Da in der Praxis die bakteriologische Untersuchung aus den verschiedensten Gründen noch auf Schwierigkeiten stößt, ist es notwendig, sich die Bilder der verschiedenen Anginaformen gut einzuprägen, weiters die Diagnose nicht voreilig zu stellen und mit der Prognose etwas zurückhaltend zu sein (auch mit den Seruminjektionen).

Wenn ich daher am ersten Tage erkläre, es sieht wie eine gewöhnliche Halsentzündung aus, bemerke ich auch, morgen kann ich erst sagen, ob es sonst nichts ist. Sieht aber die Angina am ersten Tage nur verdächtig aus, so mache ich nicht sofort eine Seruminjektion, sondern warte den nächsten Tag ab.

Hier möchte ich die Angina scarlatinosa anfügen, die ähnlich der A. necrotica, nur daß der Belag mehr graugelb ist, die Diagnose wird durch das Exanthem erleichtert.

Eine Mutter, die ihr an Scharlach erkranktes Kind betreute, erkrankte an einer Angina ohne Ausschlag und ich erklärte die Erkrankung als Scarlatina sine Exanthemate, nicht weil die Diagnose auf der Hand lag, sondern weil das Aussehen der Angina das Ebenbild der Angina scarl. des Kindes war.

Bei den Anginaformen ist differentialdiagnostisch noch auf ein Lapisschorf zu achten, was übersehen werden kann, wie auch auf den Belag, der sich auf der tonsillotomierten Wundfläche nach ein bis zwei Tagen bildet. Bekanntlich entsteht in der Mundhöhle und Rachen auf jeder Wundfläche ein weißlicher Belag.

Ein Kind spielte, indem es die Türschnalle in den Mund nahm, durch das heftige Öffnen der Türe von außen wird ihm die Schnalle in den Rachen gestoßen, wodurch Quetschwunden an der linken Tonsille und hinteren Pharynxwand entstehen, nach zwei Tagen bildet sich ein diphtherieähnlicher Belag, der nach wenigen Tagen bei symptomatischer Behandlung heilt.

Ein zweiter Knabe hielt ein Holzstück im Munde und ein Kamerad stößt es ihm in den Hals. Der weiße Belag am nächsten Tag und der zuständige Arzt erklärt es für Diphtherie und zeigt mich an wegen Nichtanzeige des Falles! (Doppelt interessant.)

Anschließend an die Angina necrotica möchte ich einen Fall anführen, der in die Zeit der Einführung der Di.-Seruminjektionen zurückreicht.

Ein sechs Monate altes dekrepides Kind erkrankt mit einem Belag auf den Lidern des linken Auges, da aber das Bild nicht der Di. der Konjunktiva, sondern der Angina necrotica entspricht, wird der Belag mikroskopisch und bakteriologisch untersucht, bevor ich eine Seruminjektion zu machen mich entschließe. Mikroskopisch (wie bei Angina necrotica) Detritusmassen, Eiterzellen, zahlreiche Mikroorganismen usw. Kultur ergibt nur Staphylo- und Streptokokken, keine Di.-Bazillen. So unterblieb eine Seruminjektion, aber auch deshalb, weil das atrophische Kind am nächsten Tag, noch bevor ich den negativen Befund hatte, gestorben ist.

Ich kann daher den von mir veröffentlichten Fällen von Conjunctivis diphtheritica und Wunddiphtherie der Konjunktiva nun einen Fall von Conjunctivitis necrotica anfügen.

Erwähnenswert wären noch die Mandelpfröpfe, einzelne oder mehrere gelbliche Konkremente in den Tonsillen, die keine besonderen Erscheinungen machen, herausgequetscht penetrant stinken und aus eingedicktem Eiter bestehen. Festere Konkremente führen zu sogenannten Steinen.

Bei einem 40jährigen Beamten fand ich beide Tonsillen voll besät mit solchen kleinen spitzigen „Steinen", so daß die von den Gaumenbögen dargestellten Nischen einer „Tropfsteingrotte" glichen. Mit einem scharfen Löffel habe ich mit Mühe die Tonsillen gereinigt (Tonsillotomie war wegen Kleinheit der Tonsillen nicht ausführbar).

Bei der Tonsillotomie findet man häufig eine Höhle in der Tonsille, die einen ganzen Brei von Konkrementen usw. enthält. Wenn dieser Brei hart wird, dürfte es zur



Steinbildung kommen, bei welcher dann das Tonsillotom stecken bleibt oder abbricht.

Die Tonsillotomie ist ein gutes Palliativmittel gegen die häufig rezidivierende Angina follic. und phlegm. Ich mache sie bei großer Mandel mit der Guillotine, bei kleinerer Mandel mit dem Messer. Läßt sich die Tonsille aber nicht mehr fassen, so ist die Ätzung der Tonsillenfläche mit dem Galvanokauter angezeigt.

Ohne auf Vollständigkeit auch nur annähernd Anspruch erheben zu können oder zu wollen, wollte ich nur kurz einige praktische Winke über die Diagnose und Therapie der Anginaformen geben, hauptsächlich aber auf die Fälle aus den letzten Tagen mit der Larynxkomplikation die Aufmerksamkeit der Kollegen, namentlich der Laryngologen lenken.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Die politischen Parteien und die Forderungen der Ärzte. — Die Wirtschaft in den Wiener Krankenanstalten. — Schiffsärzte.)

Anläßlich der letzten Landtagswahlen versandte die christlichsoziale Parteileitung folgendes Zirkulär:

Geehrter Herr Doktor! Der christlichsoziale Zentralwahlausschuß gibt sich die Ehre, Euer Hochwohlgeboren darauf aufmerksam zu machen, daß sich in dem dieser Tage an die Wählerschaft ausgesendeten Wahlprogramme der christlichsozialen Partei unter anderem folgende Punkte befinden:

> Energischer Schutz der Ärzteschaft und der leidenden Menschheit gegen das jüngste Attentat der Sozialdemokratie, die durch den von ihr geplanten Krankenkassenzwang beabsichtigt: *a*) den Fortschritt der wissenschaftlichen Forschung zu unterbinden; *b*) den einer Spezialbehandlung bedürftigen Kranken die Möglichkeit einer fachkundigen Heilung zu rauben; *c*) den freien Ärztestand unter die Hungerpeitsche des bekannten sozialdemokratischen Terrorismus zu zwingen.
>
> Ausdrückliche Aufnahme einer gesetzlichen Bestimmung, welche die Einführung der freien Ärztewahl auch bei den obligatorischen Krankenkassen als gesetzliche Form der Krankenbehandlung als zulässig erklärt.

Wir bitten Euer Hochwohlgeboren, diesem für den gesamten Ärztestand hochwichtigen Hinweise freundlich Beachtung zu schenken und am Wahltage, das ist der 26. Oktober 1908, den Kandidaten der christlichsozialen Partei Ihre Stimme zuwenden zu wollen. Für das christlichsoziale Zentralwahlkomitee: Leopold Steiner, Dr. Karl Lueger.

Vor allem gratulieren wir der Leitung der ärztlichen Organisationen zu diesem Erfolge; denn es ist zweifellos ein Erfolg, wenn eine so große Partei wie die christlichsoziale, in dieser Weise zu den ärztlichen Forderungen Stellung nimmt.

Wir müssen aber gleich hier ein — wenn hinzufügen, wenn nämlich die christlichsoziale Partei mit dem Eintreten für unsere Forderungen es ernst nimmt, und nicht bloß auf Wählerfang ausgeht. Ein Zweifel in dieser Richtung ist gestattet; denn mehrere große Kassen in Wien — von der Provinz ganz zu schweigen — stehen direkt oder indirekt unter christlichsozialer Leitung, so die Wiener Bezirkskrankenkasse, die städtischen Krankenkassen für die Arbeiter, für die Tramwayangestellten und Gasarbeiter. Also, sehr verehrter Dr. Lueger, lösen Sie Ihr Wort ein!

Selbst diese Einlösung vorausgesetzt, kann das natürlich unsere prinzipielle Stellung nicht beeinflussen. Wir bleiben auch dann den freiheitlichen Parteien treu, aber eine ernste Mahnung wollen wir an sie richten. Wenn die christlichsoziale Partei trotz ihrem verhältnismäßig kleinen Anhang unter den Ärzten sich bewogen fühlt, unsere Forderungen — wenn auch nur teilweise und auf dem Papier vorläufig — zu erfüllen, so erwächst in viel höherem Grade für die freiheitlichen Parteien die Pflicht, ihre bisherige Haltung zu ändern. Vor allem steht die sozialdemokratische Partei bis jetzt uns feindselig gegenüber, und zwar einzig und allein aus fiskalischen Interessen. Sie unterscheidet sich in dieser Beziehung in nichts, aber in rein nichts von irgend einem kapitalistischen Ausbeuter, der im Vertrauen auf seine Geldsäcke und auf die Arbeiterreservearmee den berechtigten Forderungen ein starres nolo entgegensetzt. Beharrt diese Partei kurzsichtig bei ihrer Haltung gegenüber unseren vitalsten Forderungen, so wird sie mit eiserner Notwendigkeit ihre Anhänger unter den Ärzten zu einer Abstinenzpolitik bei den Wahlen treiben. Aber auch den anderen freiheitlichen Parteien müssen wir sagen, daß sie unseren Forderungen gegenüber lau, sehr lau sich verhalten.

Die Klage bezüglich der Kost der Hilfsärzte in den k. k. Wiener Krankenanstalten kehrt fast alljährlich wieder. Bereits vor zwei Jahren haben die Hilfsärzte des k. k. Wiedner Spitals eine Zeitlang den „Ärztetisch“ mit Rücksicht auf die Ungenießbarkeit der Speisen gemieden. Im Laufe dieses Jahres überreichten die Hilfsärzte des k. k. Franz Josefsspitals Eingaben an die Statthalterei behufs Behebung der in der Küchenverwaltung dieses Spitals herrschenden Mißstände und am 31. August l. J. sahen sich die Ärzte des Erzherzogin Sophienspitals veranlaßt, wegen der Verköstigung, die insbesondere seit einem halben Jahre zusehends schlechter geworden ist, auf die im Spital ihnen zustehende Verpflegung zu verzichten. Es sei bemerkt, daß gerade das Sophienspital bezüglich der Verköstigung früher keinen Anlaß zur Klage gab, daß sich aber seit einem halben Jahre die Verköstigungsverhältnisse in äußerst ungünstiger Weise verschlechtert haben. Wenn es auch von Zeit zu Zeit vorkommen kann, daß die Speisen nicht immer gut zubereitet sind, eine systematische Verschlechterung in der Verpflegung ist nicht notwendig. Bezüglich des zwischen den Ärzten und den Verwaltungsbeamten ausgebrochenen Konfliktes sei bemerkt, daß sich die Ärzte über die vielen Übergriffe, welche sich die Beamten bei Übertretung ihres Wirkungskreises gestatten, beklagen und daß die Hilfsärzte die Mißachtung, die ihnen seitens der Beamten entgegengebracht wird, schwer empfinden, um so mehr, da dieselbe geeignet ist, das Ansehen und die Würde des Arztes gegenüber den Patienten und dem Wartepersonal herabzusetzen. Seit 31. August haben sich die Hilfsärzte wiederholt an die Direktion ihres Spitales und an die Statthalterei behufs Abhilfe dieser Mißstände gewendet, ohne daß ihren Wünschen auch nur die geringste Berücksichtigung zu teil geworden wäre, und so entschlossen sie sich unter Zustimmung der wirtschaftlichen Organisation der Ärzte in Wien, ihre Stellen als Hilfsärzte vierwöchentlich zu kündigen.

Die Erlebnisse eines Schiffsarztes der deutschen Kosmos-Linie Hamburg, des Österreichers Dr. Josef Peer, bilden gegenwärtig Gegenstand einer vom deutschen Staatssekretär Schoen angestellten Untersuchung. Dr. Peer, ein junger Arzt, hatte im November 1907 eine Reise des Dampfers „Elkab“ nach Valparaiso als Schiffsarzt mitgemacht. Gelegentlich der Geburtstagsfeier des Kapitäns Oskar Krause wurde er auf dem Schiffe nächst Valdivia (Südchile) von betrunkenen Festgästen in gröblichster Weise insultiert. Der Kapitän verwehrte ihm darauf, ans Land zu gehen, um sich beim deutschen Konsul in Punta Arenas zu beschweren. Mehrere reiche Deutsche aus Südamerika weigerten sich, dem Arzte Medikamente und Behandlung zu honorieren. Die wiederholte Bitte um Überschiffung auf einen anderen Dampfer wurde Dr. Peer abgelehnt. Graf Spee, der deutsche Generalkonsul in Valparaiso, lehnte jede Intervention mit der eigenartigen Begründung ab, der Schiffsarzt sei keine Persönlichkeit an Bord. Mit Insulten fortwährend bedroht, mit dem Kapitän in konstantem Konflikt, war Dr. Peer gezwungen, auch die Rückfahrt mit dem „Elkab“ zu machen. Der Kapitän nahm, als sein Fuß einmal verstaucht war, die Dienste eines Kurpfuschers (Composidors) in Valparaiso in Anspruch. Da der Schiffsarzt keine Genugtuung zu erhalten imstande war, wandte er sich an den deutschen Staatssekretär



Schoen, der die Einleitung einer Untersuchung ankündigte. Da nun ein Resultat noch nicht vorliegt, werden jetzt Schritte beim Minister des Äußern Baron Aehrenthal unternommen werden, um im Wege einer direkten Intervention Auskunft über das Resultat der Untersuchung zu erhalten.

39. Deutscher Anthropologen-Kongress.

(Schluß.)

Den Schluß der dritten Sitzung bildete ein Vortrag von Dr. L. Wilser-Heidelberg: „Spuren des Vormenschen aus Südamerika“. Der Vortragende zeigte den Gipsabguß eines Knochens, der vor einer Reihe von Jahren mit anderen Fossilien in Pampas-Lehm des Monte Hermoso aufgefunden und wegen seiner auffallenden Menschenähnlichkeit von Santiago Roth der anthropologischen Abteilung des Museums von La Plata zugewiesen wurde. Bei einer Neuordnung der Sammlung wurde die Aufmerksamkeit unseres Landsmannes, des Anthropologen Prof. Lehmann-Nitsche, auf diesen Knochen gelenkt. Den Wert des Knochens erkennend, unterzog Lehmann-Nitsche diesen den genauesten Untersuchungen und Vergleichungen. Es soll sich um den obersten Halswirbel eines Wesens handeln, über dessen Stellung im zoologischen System die Gestalt des Knochens und die Lage und Bildung seiner Gelenkflächen Aufschlüsse bieten; zum mindesten gestatten sie einen Vergleich mit dem entsprechenden Knochen fossiler und lebender Menschenrassen sowie afrikanischer und ostindischer Großaffen. Ganz besonders wird von Lehmann-Nitsche hervorgehoben, daß bei aller Ähnlichkeit nach beiden Seiten der Knochen aus dem Pampas-Lehm weder rein menschliche noch rein äffische Merkmale zeigt, daß jedoch gewisse Eigentümlichkeiten der Form darauf hindeuten, daß der Knochen einem aufrechtgehenden Geschöpf mit ausgebildeten Füßen und Händen aber engem Schädel und unentwickeltem Gehirn angehört habe. Mit anderen Worten: dieser Halswirbel soll ein Gegenstück darstellen zu dem seinerzeit von Eugen Dubois auf Java entdeckten und benannten Pithecanthrobus erectus. Gleich diesem soll der von Lehmann-Nitsche als Homo neogaeus, von Ameglimo als Homo simius bezeichnete Träger des Wirbelknochens der Vertreter eines vorausgeeilten vormenschlichen und ohne Nachkommen ausgestorbenen Typus sein. Wenn schon die nur auf einen einzigen, wenig charakteristischen Knochen sich stützenden Behauptungen über das ehemalige Vorkommen eines Vorläufers des heutigen Menschen in Südamerika etwas gewagt erscheinen und noch sehr der Bestätigung bedürfen, so muß es als völlig unzulässig bezeichnet werden, wenn Wilser aus dem Vorhandensein eines Vormenschen im Gebiete der Sunda-Inseln und aus dem angeblichen Vorkommen eines ähnlichen Wesens in Südamerika den Schluß zieht, daß die Urheimat des Menschen dahin zu verlegen sei, wo die beiden großen Ländermassen Asiens und Amerikas aneinander grenzen, daß mithin im Polargebiet oder dessen unmittelbarer Nachbarschaft die Wiege des Menschengeschlechts gestanden habe. Daß derartige kühne Behauptungen dem Geiste der gewissenhaft prüfenden Wissenschaft nicht entsprechen, diese Ansicht wurde im Anschluß an den Wilserschen Vortrag von Klaatsch und von Sanitätsrat Dr. M. Alsberg-Kassel zum Ausdruck gebracht.

Geh. Sanitätsrat Neuburger (Frankfurt a. M.) sprach über das „Jubiläum des Darwinismus und Lazarus Geigers“. Lazarus Geiger war ein Frankfurter Schullehrer, der in vollkommener Zurückgezogenheit lebte. Erst nach seinem Tode fand man unmittelbar nach dem Erscheinen von Darwins grundlegendem Werke in seinem Nachlasse umfangreiche sprachvergleichende Studien, die man als eine Parallelerscheinung zu dem Darwinismus bezeichnen kann. Geiger hat darin die langsame Entwickelung der Menschheit von unartikulierten Lauten bis hinauf zur vollendeten Sprachbeherrschung dargestellt.

Hierauf wurden zunächst die Jahresberichte erstattet. Den wissenschaftlichen Jahresbericht erstattete wie alljährlich Generalsekretär Prof. Dr. Ranke.

Interessant ist der Bericht, den der Direktor des archäologischen Museums in Hamburg, Prof. Thilenius, für die Hamburger archeologische Kommission erstattete. Diese Kommission hatte den Auftrag erhalten, eine archäologische Untersuchung der Bevölkerung des Deutschen Reiches durchzuführen. Die Durchführung der Untersuchung soll etwa eine Million Kosten verursachen. Die Untersuchung soll sich vor allem erstrecken auf die neueingestellten Mannschaften des aktiven Heeres und auf die Insassen von etwa 150 Krankenhäusern. Im Reichsamt des Innern hat der Rücktritt des Grafen Posadowsky eine erhebliche Verzögerung hervorgerufen, zumal der neue Staatssekretär v. Bethmann-Hollweg die Frage sehr dilatorisch behandelt und von vornherein erklärt hat, daß bei der gegenwärtigen Finanzlage eine Uebernahme der Kosten auf den Fiskus unmöglich erscheine. Redner schließt ironisch mit dem Versprechen, daß die Archäologen für die Bewilligung neuer Steuern Stimmung machen wollen, damit sie bald ihre Million für wissenschaftliche Zwecke erhalten. (Heiterkeit und Beifall.)

Geh. Rat Prof. Dr. v. Bälz (Stuttgart) warf zwei Streitfragen aus dem Gebiete der Haarfärbung auf. Die im Volke weitverbreitete Erzählung, daß durch einen Schreck Haare plötzlich grau werden können, ist von der Wissenschaft stets in das Gebiet der Fabel verwiesen worden, weil keinerlei Anzeichen dafür besteht, auf welche Weise das Pigment plötzlich aus den Haaren verschwinden könnte. Jüngst hat aber Redner bei einer Patientin, die einen Schiffsunfall erlitten hat, dem ihr Kind zum Opfer fiel, ein plötzliches Grauwerden der Haare beobachtet. Angesichts der Tatsache, daß die Suggestion so stark wirken könne, daß dadurch z. B. Brandblasen hervorgerufen werden, hält der Vortragende es für möglich, daß auch in diesem Falle der psychische Eindruck die körperliche Veränderung hervorgerufen habe. Die zweite Streitfrage galt der Veränderung des Haartypus in ganz kurzer Zeit. Redner hat mehrere Fälle beobachtet, in denen Personen mit ganz glattem einfachem Haar, nachdem sie eine schwere Infektionskrankheit durchgemacht hatten, plötzlich lockige Haare bekamen. Insbesondere trat diese Erscheinung nach der Typhuskrankheit auf. Der Vortragende weis keine Erklärung für den merkwürdigen Vorgang, er konnte höchstens eine Veränderung der Haarzwiebel oder eine schiefe Implantation annehmen. — In der Diskussion wird der Hypothese des Redners im ersten Falle mit aller Bestimmtheit entgegentreten. Graue Haare entständen niemals dadurch, daß das Haar plötzlich das Pigment verliere, sondern es seien immer neue Haare ohne Pigment, die allmählich wachsen. In 24 Stunden könnten aber keine neuen Haare wachsen, infolgedessen gehöre die Erzählung vom plötzlichen Grauwerden der Haare in das Gebiet der Fabel.

Geh. Rat Prof. Hans Virchow (Berlin) sprach über die Beziehungen des Gesichtsausdrucks zu der Bildung der Funktion der Gesichtsmuskeln. Die Eigentümlichkeiten der Gesichtsmuskulatur beruhen nach dem Vortragenden hauptsächlich darauf, daß die größeren Muskelmassen nicht genügend in Einzelmuskeln gespalten sind, zum Teil auch darauf, daß die Einzelmnskeln neue Verbindungen miteinander eingegangen sind. Weder die anatomische Betrachtung noch das bloße Studium des Gesichtsausdrucks ist für sich allein imstande, einen wissenschaftlichen Einblick in das Zustandekommen des physiognomischen Ausdrucks zu verschaffen. Beide müssen vielmehr zusammenwirken, um Aufschluß über die Physiognomie des Menschen zu geben. Redner zeigt sodann an einer großen Zahl von Abbildungen und Modellen, wie ganz geringe Veränderungen die Gesichtsmuskeltätigkeit sofort völlig umgestalten, wie jede einzelne Falte an Stirn, Mundwinkel oder Kinn sofort den Gesichtsausdruck widerspiegelt und den Eindruck der ganzen Erscheinung verändert.

Von den Vorträgen der Schlußsitzung verdienen die Ausführungen von Privatdozent Dr. H. Vogt-Frankfurt a. M. über „Neuere Ergebnisse der hirnanatomischen Forschung“ ganz besondere Beachtung. Die Funktion eines Organs ist, wie Vogt darlegte, der Ausdruck der Tätigkeit seiner Zellen. Für die somatische Sphäre im engeren Sinne ist dies völlig klar; für



für das Gehirn läßt es sich aber noch nicht ohne weiters erweisen. Nur das Studium der feinsten Elemente der Nervensubstanz kann uns hier zum Verständnis führen. So lange man der feinern Technik entbehrte und die Eigenheiten des verwickelten Baues des Gehirns noch nicht zu beurteilen vermochte, bediente man sich einfacherer Methoden und wurde und wird zum Teil sogar noch heute die Wägung und die Betrachtung der Furchen der Hirnoberfläche benutzt zur Beantwortung der Frage, wie hoch ein bestimmtes Gehirn organisiert ist. Nun ist aber im Allgemeinen die Wägung des Organs, abgesehen davon, daß sie ja nach dem Blutgehalt zur Zeit des Todes, je nach der Krankheit, an der der Verstorbene litt, recht erheblichen und nicht genau zu fixierenden Schwankungen unterworfen ist, ein so angreifbarer Maßtab, so sehr von individuellen und Artcharakteren abhängig, daß wir niemals hoffen dürfen, mit einer so rohen Technik ein so wunderbar fein ausgebildetes Organ verstehen zu lernen. Aber auch die historische Betrachtung gibt uns für das Verständnis der höchsten, der assoziativpsychischen Leistungen des Gehirns keine ausreichenden Aufschlüsse. So weit sind wir noch nicht; wir können unsere neueren Detailkenntnisse von Hirnbau nur gliedern nach allgemeineren Gesichtspunkten. Einmal steht hier die Frage im Vordergrund: haben wir bestimmte Anhaltspunkte für die Fortschritte der Differenzierung des Gehirns in der Tierreihe und über diese hinaus? Ferner: Sind wir in der Lage, die Gestaltung des Gehirns aus seiner Funktion zu verstehen? Der Vortragende gab im Einzelnen zunächst einen Überblick über die cyto-architektonischen Studien von Brodmann: Die Hirnrinde ist, wie dieser Forscher festgestellt hat, nicht überall gleich gebaut, sondern gliedert sich in eine große Zahl differenter Felder. Hier lassen sich auch schon Artunterschiede nachweisen. Die area striata, d. h. der Typus des der Aufnahme von Gesichtseindrücken dienenden Teiles der Hirnrinde, beim Javaner steht in ihrer Ausdehnung etwa in der Mitte zwischen der Entwicklung dieses Rindengebietes bei den höheren Affen und beim Europäer. Der seitliche Teil dieser Hirnregion ist bei geistig hochstehenden Menschenrassen erheblich mehr entwickelt als bei niedrigstehenden Rassen oder Völkern. Nach anderer Richtung ergibt eine phylogenetische Betrachtung folgendes: Die niederste Form der Nervenzelle ist diejenige, die auf höheren Stufen mehr und mehr durch polar-differenzierte Elemente abgelöst wird. In der Art, wie diese Elemente bestimmte Rindenteile zusammensetzen, herrscht nun abermals eine bestimmte Gesetzmäßigkeit, die, wie es scheint, in einer bestimmten Beziehung zur Höhe der Funktion steht. Diese Tatsache tritt deutlich hervor, wenn wir die Stammesentwicklung eines bestimmten Rindenbezirks, dessen Funktion wir kennen, betrachten. Aufsteigend in der Tierreihe nehmen die Lagen der Hirnrinde, in denen die kleinzelligen Elemente vorherrschen, mehr und mehr ab, um insbesondere der Schicht der Pyramidenzellen Platz zu machen. Also auch hier werden mehr und mehr die körnigen Elemente durch höhere, die Hirngebiete miteinander in assoziativere Verbindung zu bringen vermögen, abgelöst. Mit diesen Dingen stimmt nun die individuelle Entwicklung recht gut überein. Rondoni konnte zeigen, daß die Rindenteile, die sich beim einzelnen Individuum früher entwickeln, die Lagen mit den vorherrschend kleinen körnerartigen Elementen sind, und daß die den höheren Funktionen dienenden Elemente erst später sich ausbilden. Alle diese Gesichtspunkte, deren Betrachtung erst die modernen technischen Errungenschaften möglich wurde, geben nun Anhaltspunkte für die Beantwortung jener Fragen. Indem die Wertigkeit der Elemente, die Gesetzmäßigkeiten ihrer Anordnung, die Bestandteile ihrer Differenzierung langsam unserem Verständnis näherrücken, gelangen Anthropologie und Hirnanatomie immer enger auf ein Feld gemeinsamer Tätigkeit. — Wir haben hier nur die Grundgedanken des bedeutsamen Vogtschen Vortrages wiedergegeben. In diesen eingeflochten waren interessante Bemerkungen über die makroskopischen Verhältnisse des Hirnbaues und dessen von den niederen Tieren bis zum Menschen stetig fortschreitende Ausbildung und Vervollkommnung, die zur Unterscheidung eines Paläo-Encephalon, d. h. eines älteren Hirntypus, in dem nur die niederen seelischen Tätigkeiten durch Organteile vertreten sind, und eines Neo-Encephalon, d. h. eines solchen Typus, der durch das Vorherrschen der Organteile für höhere psychische Funktionen gekennzeichnet ist, geführt hat, ein Fortschritt, den wir in erster Linie den langjährigen Untersuchungen des Frankfurter Forschers Ludwig Edinger verdanken.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.
(Fortsetzung.)

Aus der Geschichte des Findelwesens ersehen wir, daß die Anstalten ursprünglich dem Schutze der Mütter dienten, und daß erst im Laufe einer langen Entwicklung an dessen Stelle der Schutz des Kindes in den Vordergrund gestellt wurde. Den Anfang der Entwicklung bezeichnet die absolute Anonymität der Aufnahme, den vorläufigen Abschluß die Wahrung der Rechte des Kindes durch die Berufsvormundschaft.

Fast in allen Städten bestehen aber Lücken in der öffentlichen Fürsorge für Kinder. Im Auslande wie bei uns kann nur ein Mittel wirksame Abhilfe schaffen: die Organisation einer einheitlichen staatlichen Zwangsaufsicht und ihre Ausdehnung auf alle Gruppen gefährdeter Kinder.

In welcher Weise soll diese Aufsicht organisiert werden? In der Form des sogenannten Leipziger Systems: Überwachung durch Arzt und Pflegerin. Unbedingt notwendig ist, daß die Aufsicht nur einer Behörde zusteht, und daß sie für alle Gemeinden, für Stadt und Land eingeführt wird. Damit wird einerseits die lästige und schädliche Kontrolle durch verschiedene Behörden und Organe vermieden, und andererseits ist die Möglichkeit gegeben, die Verschleppung von Säuglingen zu verhüten. Daß es eine Zwangsaufsicht sein muß, darüber habe ich oben bereits gesprochen. Es spricht dafür die fast an allen Orten gemachte Beobachtung, daß die Vorteile der Einrichtungen zum Schutze des Kindes von den Personen, denen die Fürsorge fürs Kind zukommt, nicht ausgenutzt werden. Infolgedessen muß eine Gewalt, die außerhalb der Familie steht, eingreifen, und dazu ist nur eine Aufsichtsbehörde, welcher der Berufsvormund und der Fürsorgearzt angehören, berufen. So ergibt sich eine Zentralisation der gesamten Säuglingsfürsorge, wie sie heute in Magdeburg und Düsseldorf besteht.

In Preußen besteht bisher außer der Aufsicht über die bevormundeten Kinder, welche dem Gemeindewaisenrat übertragen ist, die polizeiliche Aufsicht über die gegen Entgelt in fremder Pflege untergebrachten Kinder. Es ist von vielen Seiten, zuletzt im Anschluß an den Vortrag von Spann auf den letzten Berufsvormündertag, mit Nachdruck darauf aufmerksam gemacht worden, daß die Ziehkinder einer besonders strengen Aufsicht gar nicht bedürfen, daß im allgemeinen mehr gefährdet sind die Kinder, welche mit der Mutter in fremder Familie und die, welche nachts bei der Mutter, tags in fremder Pflege sind, welche bisher der Aufsicht entgehen. Es käme also eine einheitliche Aufsicht in Betracht für alle unehelichen, alle bevormundeten, alle nicht bei oder von der Mutter verpflegten Kinder, für die Kinder armenunterstützter Eltern und die Ammenkinder.

Dabei wäre die Frage zu erörtern, wie die Rechte der Berufsvormundschaft, der Zwangsaufsicht und der Mutter des unehelichen Kindes voneinander abzugrenzen sind, und wie zu erreichen ist, daß gegenüber so vielen Rechten, das Kind zu seinem Rechte kommt. Um Kollisionen zu vermeiden, ist die geforderte Zwangsaufsicht da, wo eine Berufsvormundschaft eingerichtet ist, organisch mit ihr zu verbinden und derselben Behörde zu übertragen. Dieser Behörde muß gegen die Mutter das Recht zustehen, das Kind zwangsweise der ärztlichen Untersuchung und der pflegerischen Kontrolle zu unterstellen, einen Wechsel der Pflegestelle oder die Aufnahme in einem Heime oder Krankenhause zu verfügen.



Wenn diese Maßregel auch nicht eine materielle Unterstützung enthält, so wird damit doch eine Bevorzugung des unehelichen gegenüber dem ehelichen Kinde geschaffen. Das dürfte der Einrichtung zum Vorwurf gemacht werden. Aber abgesehen davon, daß in der Regel die unehelichen Kinder mehr gefährdet sind, bleibt nur zu wünschen, daß die Fürsorgemaßregeln zum Schutze des ehelichen Kindes von Erfolg begleitet sein mögen. Denn dann wird ein energisches Eingreifen zum Schutze der ehelichen nicht ausbleiben.

In der Abteilung für innere Medizin gab der Wiener Dozent Dr. R. Kienböck neuere Erfolge der Radio-Therapie bekannt. Der Vortragende schildert zunächst die zerstörende Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zellen der Gewebe, der besonders die pathologischen Zellen und das in reger Wucherung befindliche Gewebe ausgesetzt sind, so besonders bei den bösartigen Geschwülsten. Die in solchen Geweben vor sich gehende Bildung giftig wirkender Produkte wird durch die Strahlen unter Schrumpfung der Geschwulst ebenfalls beseitigt. Der Vortragende hebt das Schonende dieser Prozedur im großen Gegensatz zu dem schmerzhaften und gefürchteten blutigen Eingriffe hervor und schildert die Messung und Verteilung der Belichtungsmengen sowie die zur Erzielung möglichst günstiger Tiefenverteilung dienenden Methoden und Kunstgriffe. Sie bestehen hauptsächlich in der Anwendung von hartem Röntgenlicht (6° der Benoist-Walterschen Härteskala) oder eines Strahlenfilters. Der Vortragende gibt einen Überblick über die wichtigsten der Röntgentherapie zugänglichen Erkrankungen und Erfolge. Bei anormalem Haarwuchs, so bei entstellendem Bartwuchs beim Weibe werden durch Röntgenbehandlung in angemessenen Dosen schöne Erfolge erzielt. Bei der Haarerkrankung Favus tritt schon nach einigen Wochen durch die Strahlenbehandlung völlige und dauernde Heilung ein. Bei Lupus ist Röntgenbehandlung in Verbindung mit der Finsenmethode äußerst erfolgreich. Bei Tumoren werden 50—80% durch Röntgentherapie geheilt. In kosmetischer Beziehung ist der Erfolg der Strahlenbehandlung bedeutender als der der blutigen. Die Röntgenstrahlen wirken zerstörend auf das zu beseitigende Gewebe, doch wird wegen der geringen tiefen Wirkung der Strahlen des Karzinom in der Regel nicht ganz beseitigt. Bei tiefliegenden Karzinomen wird manchmal Besserung erzielt, so bei Magen- oder Speiseröhrenkarzinom. Bei gewissen Formen des Brustkrebses kann durch die Röntgentherapie wesentliche Besserung erzielt werden. Die Schmerzen werden fast stets beseitigt. Obwohl die akute Blutarmut noch immer allen Behandlungsmethoden trotzt, führt die Röntgentherapie noch bei 70—80% der leichteren Fälle zu einem verblüffenden Rückgang der Erkrankung. Auch bei Gelenksrheumatismus und Neuralgie hat man mit dem neuen Verfahren Erfolge erzielt. Bei Epilepsie und Lungentuberkulose dagegen sind die Ergebnisse entmutigend.

Kinderschutz durch Findelanstalten und öffentliche Armenpflege erörterte Dr. Reicher, Wien, indem er vom dem Satze ausging: Öffentliche Jugendfürsorge bedeutet Ergänzung des unzulänglichen, Ersatz des fehlenden Familienschutzes und dann im wesentlichen österreichische Einrichtungen besprach. Er schloß seine Ausführungen mit folgenden Wünschen: 1. Es empfiehlt sich, in dem Deutschen Reichsgesetze über den Unterstützungswohnsitz, und in dem österreichischen Heimatsgesetze in unzweideutiger klarer Weise zum Ausdruck zu bringen, daß unter dem unentbehrlichen Lebensunterhalte auch die der Gesundheit entsprechende Ernährung und Körperpflege des armen Kindes zu verstehen ist und daß somit die Armenverbände bezw. die Gemeinden zu einer solchen verpflichtet sind. 2. Die Gemeinden und Ortsarmenverbände — mit Ausnahme der großen Städte — sind in der Regel zur Bewältigung einer so schwierigen und verantwortungsvollen Volkswohlfahrt und Staatswohl so nahe berührenden Aufgabe, wie es die Pflege und Erziehung von Kindern ist, nicht geeignet. Die Fürsorge für arme Kinder ist daher den kleinen, leistungsunfähigen Verbänden abzunehmen und größeren Verbänden zu übertragen und im Wege einer wirksamen Aufsicht sicherzustellen. 3. Es empfiehlt sich im Anschluß an die öffentlichen Gebäranstalten eine Einrichtung, die die Fürsorge für die dort geborenen armenrechtlich hilfsbedürftigen Säuglinge mit der Berufsvormundschaft über sie verbindet.

In der Abteilung für Hydrotherapie sprach Kurarzt Dr. Lustig, Meran, über einen Fall von Raynaudscher Krankheit, der in solcher Form glücklicherweise nicht häufig vorkommt. Die Krankheit tritt anfallsweise auf, ist auf nervöse Einflüsse zurückzuführen und läßt die von dem kontinuierlichen Krampf betroffenen Körperteile, wie Wangen, Ohren und Nasenspitzen, blutleer und leichenfahl erscheinen: schließlich kann die Erkrankung zu verhängnisvollen Zerstörungen der befallenen Körperteile, ja zum Brande führen. Der vorliegende Fall betraf eine neuropathische Dame, bei der nach einem durch einen Überfall erlittenen schweren Nervenchok die lange vorher bestandenen Anfangsstadien des Leidens zu den höchsten Graden der Entwicklung gelangten und ausgebreitete Zerstörungen durch Brand an den Fingern und am Gesicht zur Folge hatten. Schließlich führte die Erkrankung zum Verlust mehrerer Finger der linken Hand. Der Vortragende führte die schrecklichen Folgen der Krankheit in mehreren Lichtbildern und Röntgenphotographien vor.

In der Abteilung für Neuralgie hielt Dr. Friedrich Mörcher, Ahrweiler, einen interessanten Vortrag über das hysterische Fieber. Er kennzeichnet die eigenartigen Erscheinungsformen des hysterischen Fiebers, so die relativ äußerst geringe, wenn nicht fehlende Störung des Allgemeinbefindens von Puls, Respiration und Ernährung selbst bei ganz exorbitanten Fiebergraden und betont die praktische Bedeutung des Themas in diagnostischer und physiologischer Beziehung. Zum Schlusse skizziert der Vortragende drei Fälle eigener Beobachtung. In allen drei Fällen lagen Fehldiagnosen vor, und zwar im ersten Falle auf Knochenerweichung, in den beiden letzten Fällen auf Schwindsucht. Im Anschluß an seelische Erregungen konnten Temperaturen bis 42° an den Patienten beobachtet werden, bei Tagesdifferenzen von 7—10° C. Antipyrotika waren wirkungslos, erfolgreicher erscheinen hydrotherapeutische Maßnahmen.

In der pädiatrischen Abteilung machten Leiner und Spieler die Mitteilung, daß sie in gewissen im Kindesalter, namentlich nach akuten Infektionskrankheiten, häufig beobachteten Hautveränderungen (Tuberkuliden) durch das Tierexperiment Tuberkelbazillen nachzuweisen vermochten, woraus sich ergibt, daß die Ausschläge nicht, wie bisher angenommen wurde, durch die giftigen Stoffwechselprodukte, sondern durch den Tuberkelbazillus selbst hervorgerufen werden. Dieser Befund macht die Hautaffektionen als echte Hauttuberkulose zu ernsten Erkrankungen. In derselben Abteilung beleuchtete Hochsinger, Wien, das Thema der angeborenen Knochenbrüchigkeit, einer seltenen, absolut tödlichen Krankheit der Neugeborenen, die darin besteht, daß die Kinder mit zahllosen Knochenbrüchen behaftet zur Welt kommen.

Bei den Ohrenärzten berichtete Ferdinand Alt, Wien, über eine Reihe von Hirnabszessen nach Ohrenerkrankungen und die dabei gemachten Erfahrungen. Er empfiehlt, unmittelbar nach Eröffnung eines Schläfenlappenabszesses vom Tegmen tympani und antri aus, eine zweite Öffnung von der Schuppe des Schläfenbeins anzulegen. Die Operation der Hirnabszesse ist gefährlich wegen einer eventuellen Respirationslähmung, die mitunter während der Narkose infolge plötzlicher Steigerung des Hirndruckes eintritt. Bei schwer somnolenten Patienten hat daher jede Narkose zu unterbleiben; bei sehr erhöhtem Hirndruck soll die zu diagnostischen Zwecken vorausgeschickte Lumbalpunktion gleichzeitig auch therapeutisch verwertet werden, durch Entnahme von zirka 40 cm^3 Rückenmarksflüssigkeit.

Entwicklung der Kinderheilkunde. Hofrat Escherich, Wien. Hofrat Escherich erinnerte an die Schwierigkeiten, die man gerade im Deutschen Reiche der Entwicklung der Kinderheilkunde auf akademischem Boden bereitet hat. Vor 25 Jahren gab es in Deutschland nur eine



einzige staatliche Kinderklinik; an allen anderen Universitäten wurde die Kinderheilkunde als Nebenfach vorgetragen. Nur das immer dringender hervortretende praktische Bedürfnis nach speziell vorgebildeten Kinderärzten bewirkte es, daß die Kinderheilkunde in die Reihe der Ordinariate versetzt wurde und staatliche Kinderkliniken errichtet wurden. Die Selbständigkeit der Kinderheilkunde als Lehrfach gegenüber der internen Medizin muß prinzipiell und rückhaltslos anerkannt und die Ausstattung der deutschen Universitäten mit selbständigen Kinderkliniken beschleunigt werden. Auch nach anderer Richtung bedarf sie der Erweiterung, und zwar durch Einbeziehung des Studiums der Physiologie und Pathologie des Neugeborenen. Die Kenntnis und das Studium desselben ist für den Kinderarzt unbedingt notwendig, für den Frauenarzt ohne wesentliches Interesse und sollte daher dem Unterricht für Kinderheilkunde zugewiesen werden. Durch das Entgegenkommen der Wiener Rosthorn und Schauta ist zu erwarten, daß an den neu eingerichteten Frauenkliniken in Wien eine Abteilung der pädiatrischen Klinik zu Studienzwecken zur Verfügung gestellt wird. Hofrat Escherich besprach hierauf die wissenschaftlichen Leistungen der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren, die wir insbesondere der Entwicklung der Bakteriologie, der Einführung eines Diphtherieheilserums und der Immunitätslehre durch Ehrlich zu verdanken haben; insbesondere die letztere hat durch ihre Forschungen auf biologischem Gebiete (Serumkrankheit, Tuberkulosereaktion) neue und selbständige Leistungen errungen.

(Fortsetzung folgt.)

II. Literaturauszüge.

Über die Anwendung von elektrischen Glühlichtbädern bei chronischen Bronchialerkrankungen. Von Prof. Dr. Adolf von Strümpell.

Ausgehend von dem Gesichtspunkte, daß den Kranken in den Kurorten eine möglichst vielseitige zweckmäßige Behandlung zu Gebote stehen müsse, möchte ich mir heute erlauben, Ihre Aufmerksamkeit auf die Anwendung der elektrischen Glühlichtbäder bei Bronchialerkrankungen zu wenden. Natürlich bin ich mir dabei bewußt, keineswegs etwas ganz Neues zu sagen. Sicherlich haben schon manche Aerzte die Glühlichtbäder in ähnlicher Weise angewandt, wie ich es Ihnen empfehlen möchte. Aber die mannigfachen Vorteile dieser Behandlungsmethode sind noch keineswegs so allgemein bekannt und angewandt, wie sie es verdienen. Dies ergibt sich schon aus den überaus spärlichen Angaben, welche man selbst in der neuesten Literatur über die Behandlung der Bronchialerkrankungen in dieser Hinsicht findet. Nur bei der akuten Bronchitis entspricht die Anwendung eines „diaphoretischen Heilverfahrens“ der allgemeinen Volksempirie und wird daher vielfach geübt. Es lag daher nahe, dieselbe Methode auch bei den chronischen Bronchialerkrankungen anzuwenden. Daß dies bisher nicht noch häufiger in systematischer Weise geschehen ist, mag wohl hauptsächlich seinen Grund darin haben, daß die schon an sich dyspnoischen und sich beengt fühlenden Kranken die Einwicklungen und Einpackungen schlecht vertragen und oft höchst lästig empfinden. Erst durch die Einführung der Kellogschen Glühlichtbäder sind wir in der Lage, die Kranken einer höchst energischen Diaphorese auszusetzen, ohne sie irgendwie zu beengen. Der Kranke sitzt bequem mit frei beweglichen Armen in seinem Glühlichtkasten.

Der Kopf wird nicht mit erhitzt, er wird zweckmäßigerweise mit einem kühlen Tuche bedeckt. Auch auf dem Herzen kann leicht ein Kühlschlauch angebracht werden. Die Regulierung des Apparates ist eine ungemein einfache und sichere. Bei eintretenden Zwischenfällen ist der Apparat in einem Augenblick außer Tätigkeit gesetzt. In allen Fällen, wo man mit besonderer Vorsicht vorgehen will, beginnt man die Kur mit nur örtlichen Bestrahlungen der Brust und des Rumpfes, wobei die Kranken ruhig und bequem im Bett liegen bleiben. Derartige Apparate mit zirka 8—10 Glühlampen in einem hohlen Halbzylinder können leicht an jede elektrische Leitung angeschlossen werden.

Zur Behandlung eignen sich zunächst alle Fälle von einfacher chronischer Bronchitis, und zwar vor allem die sogenannte diffuse Bronchitis sicca, kenntlich durch die hörbaren „trockenen“ bronchitischen Geräusche und den zähen spärlichen Auswurf. In vielen Fällen tritt schon nach wenigen Bestrahlungen eine entschiedene Besserung des Katarrhs ein, der Auswurf wird lockerer, löst sich leichter, die bronchitischen Geräusche nehmen ab und in günstig verlaufenden Fällen tritt wieder annähernd normales Lungenathmen mit erheblich gebessertem subjektiven Befinden ein.

Aber gerade bei der Empfehlung der Glühlichtbehandlung bei der chronischen Bronchitis ist eine Warnung in diagnostischer Hinsicht am Platz. Wir müssen nämlich vor Beginn der Behandlung in jedem Fall festzustellen suchen, ob wir es auch wirklich mit einer einfachen primären chronischen Bronchitis zu tun haben und nicht etwa mit einer ganz andersartigen Erkrankung, zu der die chronische Bronchitis erst sekundär hinzugetreten ist. Die Diagnose der primären Natur einer chronischen Bronchitis stützt sich zunächst vor allem auf den Nachweis ihrer Entstehung durch bestimmte ursächliche Momente. Die echte primäre chronische Bronchitis ist fast immer auf bestimmte, die Bronchien betreffende Schädlichkeiten zurückzuführen: Staubinhalation, berufliche Schädigungen, vorausgegangene infektiöse Katarrhe (Keuchhusten, Masern) und dergleichen. Sind derartige Umstände nicht nachweisbar, so sei man stets, namentlich aber bei älteren Leuten, mit der Diagnose der primären Bronchitis etwas zurückhaltend. Namentlich möchte ich hier auf die noch nicht genügend allgemein bekannten schweren und ausgedehnten Bronchialerkrankungen aufmerksam machen, die im Gefolge von Aortenaneurysmen auftreten. Ich erinnere mich mehrerer Fälle, wo Patienten mit allen charakteristischen Erscheinungen einer schweren ausgebreiteten trockenen Bronchitis zur Behandlung kamen und wo — in früheren Zeiten — erst die Sektion, gegenwärtig erst die Röntgendurchleuchtung den wahren Sachverhalt durch den Nachweis eines Aortenaneurysmus aufklärte. Es ist hier nicht der Ort, auf die sehr interessanten und wichtigen Schädigungen, welche die Lungen durch Aortenaneurysmen erfahren können, näher einzugehen. Nur kurz will ich bemerken, daß die Kompression der größeren Bronchien durch das Aneurysma meist die erste Ursache für den späteren Eintritt von chronischer Bronchitis, Bronchialstenose, Atelektase und Induration der Lunge, adhäsiver Pleuritis und anderer Folgeerscheinungen ist. Außer dem Aneurysma sind natürlich auch die anderen Krankheitszustände des Herzens, der großen Gefäße, der Nieren usw. in Betracht zu ziehen. Man mache es sich also zur Regel, in jedem Falle von anhaltender chronischer Bronchitis eine sorgfältige allgemeine Untersuchung, wenn möglich mit Zuhilfenahme der Röntgendurchleuchtung, vorzunehmen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich auch noch die Bemerkung einschalten, wie selten unter dem Einflusse unserer verfeinerten Diagnostik die Diagnose des primären Lungenemphysems geworden ist. Zu meiner Assistentenzeit und auch noch während meiner poliklinischen Tätigkeit war das „Emphysema pulmonum“ eine der gewöhnlichsten Diagnosen, während jetzt diese Diagnose — soweit ich urteilen kann, nicht nur von mir und in meiner Klinik, sondern allgemein — nur noch ganz selten gestellt wird, da das primäre essentielle Lungenemphysem nach meiner Erfahrung in der Tat eine nur recht vereinzelt vorkommende Erkrankung ist. Wo sind nun alle die vielen früheren Emphysemfälle geblieben? Es sind meines Erachtens — soweit es sich nicht um primäre chronische Bronchialerkrankungen mit sekundärer Lungenerweiterung handelt — größtenteils diejenigen Fälle, die wir jetzt mit Hilfe unserer verbesserten Diagnostik im wesentlichen zur Arteriosklerose und zu den myopathischen Herzerkrankungen (idiopathische Herzhypertrophie, chronische Myokarditis usw.) rechnen.



Neben der einfachen chronischen Bronchitis ist vor allem des echte Asthma bronchiale ein sehr dankbares Objekt für die Glühlichbehandlung. In zirka 15 Fällen war der Erfolg ein recht günstiger, zum Teil sogar überraschend guter. Auch nach erfolgter scheinbarer Heilung wird man nicht auf das völlige Ausbleiben von Rückfällen rechnen dürfen — was ja in der Natur der Krankheit gelegen ist. Aber ich kann sagen, daß mir wenigstens bis jetzt — in der relativ kurzen Beobachtungsdauer — keine Rückfälle bei den von uns behandelten Kranken bekannt geworden sind. Wie die Behandlung vorzunehmen ist, muß sich je nach den einzelnen Fällen richten. Kommen die Kranken zur Behandlung mit der sicheren Angabe, daß sie an ausgesprochenen Anfällen von Bronchialasthma leiden, ohne daß aber zurzeit irgend eine erheblichere krankhafte Veränderung an den Bronchien nachweisbar ist, so habe ich in den Fällen, wo die Anfälle häufig (also etwa alle 1—2 Wochen) auftreten, in der Regel sofort mit den Bestrahlungen begonnen. Natürlich ist es in diesen Fällen mit meist unregelmäßigem und bekanntlich oft sehr kapriziösem Krankheitsverlauf meist schwer, ein sicheres Urteil über den Erfolg der Behandlung zu fällen. Doch habe ich den Eindruck, daß in diesen Fällen das neue Auftreten der Anfälle ganz erheblich hintangehalten, ja vielleicht zuweilen ganz unterdrückt wurde. Am deutlichsten tritt der therapeutische Nutzen der Glühlichtbehandlung in den Fällen von chronischer asthmatischer Bronchiolitis (mit Eosinophile, Spiralen und Asthmakristallen) hervor. Hierbei hat sich wiederholt auch in solchen Fällen, die vorher längere Zeit auf andere Weise ohne erheblichen Erfolg behandelt waren, durch eine mehrwöchige Glühlichtbehandlung eine auffallend rasche Besserung, ja anscheinend (wenigstens temporäre) völlige Heilung gesehen mit gänzlichem Verschwinden des Katarrhs und der Anfälle. Jedenfalls kenne ich bis jetzt keine andere Behandlungsmethode bei Bronchialasthma, die ebenso gute Erfolge zu verzeichnen hat. (Mediz. Klinik Nr. 30)

*

Die Behandlung inoperabler Gechwülste mit Radium. Von Dr. Arthur Selig.

Es schien verlockend, die Radiumtherapie auch bei inneren Tumoren in Anwendung zu bringen, namentlich auch bei den inoperablen Karzinomen, wo bislang jede Therapie erfolglos geblieben war, und ist S. einer diesbezüglichen Aufforderung des Prof. Dr. R. v. Jaksch, derartige Versuche zu machen, gerne gefolgt. Zur Verwendung kam eine von der Firma E. de Haën aus Seelze bei Hannover gelieferte Hartgummikapsel, welche mit einem kleinen Fenster aus Glimmerplättchen versehen war, durch welches die Strahlenwirkung sich entfaltete. Die Kapsel enthielt 5 mg Radiumbromid von 1,200.000 Emanationseinheiten. Der Radiumtherapie wurden 6 Fälle von inoperablen Karzinomen unterzogen. Die Kapsel wurde mittels Heftpflasterstreifen auf der Bauchhaut zumeist über dem Tumor befestigt und die Belichtung je nach Bedarf verschieden lang fortgesetzt. Zunächst zeigte sich auf der dem Radium ausgesetzten Hautpartie meist erst am Tage nach der Anwendung des Radiums ein leichtes Erythem, welches im Laufe der nächsten Tage an Intensität zunahm. Später zeigt sich eine zirkumskripte Nekrose der Hautoberfläche teils mit, teils ohne Bläschenbildung, es entstehen kleine Substanzverluste, die mit violettbraunen Narben ausheilen und mit kleinen feinen Borken bedeckt sind. Die Reaktion ist einmal abhängig von der Menge der verwendeten Substanz, weiter von der Dauer der Anwendung. Bei Kontrollproben mit Glasröhrchen von je 2 mg waren nur recht spärliche Hautrötungen zu beobachten. Sicherlich spielt auch die verschiedene Empfindlichkeit der verschiedenen Individuen gegenüber Radiumbestrahlung eine gewisse Rolle. Denn während bei dem einen Individuum schon nach Verlauf von einigen Stunden nach nur $^1/_2$stündiger Applikation des Radiumbromids sich die Hautreaktion deutlich zeigte, konnte bei anderen wiederum selbst nach mehrstündigem Belassen der Kapsel noch nach 24 Stunden keine Hautrötung nachgewiesen werden.

Wie gesagt, handelte es sich bei den Fällen um solche schwerer Natur, welche als inoperable innere Tumoren angesehen wurden. Die Patienten waren in ihrem ganzen Ernährungszustande herabgekommen. Wenn auch von vornherein an eine Heilung nicht im entferntesten gedacht werden konnte, interessierte uns der Prozeß als solcher insofern, ob vielleicht eine Verkleinerung der Tumormassen durch Radiumbestrahlung eintreten würde oder ob das Gesamtbefinden der Patienten sich günstig beeinflußen ließe. Wiewohl mit der Dosierung der Radiumbestrahlung nicht gespart wurde — wiederholt ließen wir 24 Stunden das Radium aufliegen —, konnten wir von einem Rückgang der Tumormassen nichts beobachten, wenn es vielleicht auch den Eindruck zu machen schien, daß der Tumor von seiner derben Konsistenz etwas einbüßte. Um das ganze erkrankte Gebiet einer gleichmäßigen Bestrahlung unterwerfen zu können, wurde dasselbe in einzelne Felder geteilt und dieselben abwechselnd belichtet. Eine Tatsache war aber nicht zu leugnen. In sämtlichen Fällen berichteten die Patienten über ganz bedeutenden Rückgang der Schmerzen. Französische Autoren heben die analgesierende Wirkung schwacher Radiumpräparate hervor und verwenden solche bei neuralgischen und rheumatischen Schmerzen.

Warum die Erfolge bei inneren Karzinomen negativ sind, während bei äußerlichen, leicht zugänglichen Geschwülsten doch im großen und ganzen recht befriedigende Resultate erzielt werden, dies liegt wohl an der ungenügenden Tiefenwirkung der Radiumstrahlen. Dieselbe wird ungefähr auf 1·5 cm geschätzt. Deshalb scheint der Vorschlag der intratumeralen Behandlung in Form von Sonden, wie es Einhorn befürwortet, oder von Injektionen der gelösten Emanation jedenfalls das eine für sich zu haben, daß dadurch die Radiumapplikation möglichst lokal vorgenommen werden kann. Einhorn hat Radiumbehälter für den Magen, Oesophagus und fürs Rektum angegeben. Nach dieser Richtung vorgenommene Untersuchungen müßten zeigen, ob vielleicht nicht auf diese Weise günstigere Resultate erzielt werden können. Unsere Erfahrungen bei äußerlicher Applikation sind nicht ermutigend. Denn alle Patienten starben. Es handelte sich um 4 Karzinome des Magens und 2 Karzinome des Ductus cysticus respektive des Ductus choledochus. Davon kamen 5 Fälle zur Autopsie, ein Fall ging kurze Zeit nach der Entlassung zugrunde. In den 5 Fällen wurden mikroskopische Präparate von Haut und Tumormasse angefertigt. Bei der Sektion fiel es schon auf, daß die Tumormassen erweicht, ja sogar eitrigen Zerfall zeigten, was vielleicht im Zusammenhang mit der Radiumtherapie stehen könnte. Einen sicheren Schluß kann man daraus nicht ziehen, da wir vor Behandlung keinen Einblick in die Beschaffenheit des Tumors haben konnten. Mikroskopisch zeigte sich in den bestrahlten Hautpartien neben allgemeiner Atrophie des Papillarkörpers und Epithels, sowie des subkutanen Fettgewebes an den der Bestrahlung ausgesetzten Partien mehr minder tiefgreifende Nekrose zum Teil mit Abhebung des Epithels und Schorfbildung, daneben auch starke Gefäßinjektion und Hämorrhagie. In manchen der mikroskopisch untersuchten Tumorenmassen ist eitrige Einschmälzung zu beobachten, neben verschiedenen Stufen des Zellzerfalles, Erscheinungen, wie sie sich in zerfallenden Karzinomen auch ohne Bestrahlung finden.

Die Hoffnungsfreudigkeit, mit welcher die Entdeckung der Bcquerelstrahlen mit Rücksicht auf Heilung von bösartigen Neubildungen begrüßt wurde, muß vorläufig nach dieser Richtung bedeutend herabgestimmt werden. Doch scheint sich der Radiumtherapie ein gleichwichtiges Gebiet in aussichtsvollster Weise zu eröffnen, ich meine die große Schar der Infektionskrankheiten.

Wenn sich diese Tatsachen weiterhin bestätigen sollten, so wären für die interne Therapie bazillärer Erkrankungen durch die radioaktiven Substanzen neue Wege gewiesen, speziell wenn diese Substanzen dem Organismus selbst einverleibt werden könnten. Hinsichtlich der bösartigen Neubildungen innerer Organe muß nach wie vor an dem strengen Grundsatz festgehalten werden, die operablen Karzinome so früh



als möglich der Operation zuzuführen. Deshalb hüte man sich die noch bestehenden Chancen durch nutzlose Radiumtherapie zu vereiteln. Med. Klinik Nr. 30.

III. Sitzungsberichte.

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

(Fortsetzung.)

Edinger berichtet über das Ergebnis, welches die Untersuchung der Sehnenreflexe nach dem vorher abgelaufenen Wettgehen auf 100 *km* gehabt hat. An 12 am Vortage als normal konstatierten Läufern wurden nach der Ankunft die Reflexe durch Dr, Schilling geprüft. Sie waren bei einem ganz verschwunden, bei acht sehr herabgesetzt und bei dreien nicht sicher verändert. Der Vortragende hält diese Untersuchung zusammen mit denen, welche S. Auerbach bei Radrennern und Ökonomakis auf seine Veranlassung an den Marathonläufern angestellt hat. Auch hier wurde Ausfall öfters nachgewiesen, doch waren bei denjenigen Läufern in Athen, welche keinen absoluten Ausfall hatten, die Reflexe gesteigert, nicht wie hier, herabgesetzt. Derlei Untersuchungen sind wichtig, weil sie den Nachweis bringen, daß auch der Gesunde bei ganz abnormen Anstrengungen das Nervensystem bis zu gewissem Grade aufbrauchen kann. (Ärzt. Verein in Frankfurt a. M.)

Julius Friedländer berichtet über einen Fall von traumatischem Tetanus, den er und Dr. Börner in Flörsheim a. M. mit Behrings neuem Tetanus-Antitoxin behandelt haben: Es handelte sich um einen 25jährigen, außerordentlich kräftigen Landwirt, dessen Tetanusinfektion von einer gänzlich vergessenen und vernachlässigten kleinen Rißwunde am linken Fuße herrührte. Nach zehntägiger Inkubationszeit waren die ersten Prodromalsymptome aufgetreten; drei Tage später, als der sich sehr langsam entwickelnde Tetanus unzweifelhaft war, wurde sofort die vorgeschriebene Dosis von 100 Antitoxineinheiten am linken Unterschenkel unter antiseptischen Kautelen subkutan eingespritzt. Unmittelbar nach der um $2^1/_2$ Uhr nachmittags gemachten Injektion traten stürmische, allgemeine Konvulsionen auf, die auch auf die zuvor frei gebliebenen Respirationsmuskeln übergriffen, zwei Minuten vor 3 Uhr stellte sich Asphyxie und Bewußtlosigkeit und um 3 Uhr nachmittags der Exitus letalis ein. Der Fall hat jedenfalls für die Unschädlichkeit des Antitoxins keinen Beweis geliefert. (Ebenda.)

Abraham spricht über Fischvergiftung. Im Juni dieses Jahres erkrankten 26 Personen aus einer Pension zu gleicher Zeit akut an Darmkoliken, allgemeiner Mattigkeit, Frösteln, Diarrhoen. Erbrechen und sonstige Magenbeschwerden waren nicht vorhanden. Die Untersuchung ergab bei allen mehr oder weniger Fieber bis zu 39·6°, keine Milzschwellung, keine Roseolen. Die anamnestischen Erhebungen ließen den Genuß von Seehecht, welcher 15—24 Stunden vorher mit Mayonnaise genossen wurde, verdächtig erscheinen. Die Mayonnaise war auszuschließen, weil ölige, verdorbene Speisen mehr Magenerscheinungen hervorzurufen pflegen, die bei allen fehlten, und weil eine Reihe von Personen den Fisch ohne Sauce aßen und trotzdem erkrankten. Es war Abraham noch möglich, ein gekochtes Stück des Fisches, welches von schöner, weißer Farbe, ohne Geruch. überhaupt einen durchaus tadellosen Eindruck machte, zu erhalten. Ein Teil des Fisches wurde von einem Nahrungsmittelchemiker, der andere Teil im hiesigen Institut für experimentelle Therapie untersucht. Die Untersuchung des Chemikers auf metallische Gifte und Ptomaine ergab ein negatives Resultat. Um so erfolgreicher war die bakteriologische durch Herrn Professor Neisser, welcher einen Bazillus fand, der zur Gruppe der Hogcholera oder Paratyphusgruppe gehört, also derjenigen Erregerarten, welche die sogenannten Fleischvergiftungserkrankungen hervorrufen. Die gefundenen Bazillen waren mittelgroß, lebhaft beweglich, Gram-negativ, vergärten Traubenzucker, aber nicht den Milchzucker, brachten Milch nicht zur Gerinnung, verflüssigten Gelatine nicht, bildeten kein Indol, röteten anfangs Lackmusmolke, bläuten sie erst vom dritten Tage an. Für Mäuse und Meerschweine waren dieselben pathogen und wurden durch das Serum eines mit Paratyphusbazillen B. vorbehandelten Tieres noch in starken Verdünnungen agglutiniert, ebenso durch das polyvalente Schweinepestserum Höchst und Mäusetyphusserum. Herr Neisser rubriziert die gefundenen Bazillen unter dem Typus Ärtryck der Fleischvergiftungsbazillen. Im Stuhle des Patienten wurden dieselben nicht gefunden; allerdings wurden die Stuhluntersuchungen am achten bis neunten Erkrankungstage erst vorgenommen. Von sechs Patienten, die am schwersten erkrankt waren, wurden Blutmengen zu serodiagnostischen Zwecken entnommen, und zwar am achten Tage. Bei fünf derselben agglutinierte das Serum noch bei 2500facher Verdünnung. Auch die Diazoreaktion war bei einigen positiv. Der Krankheitsverlauf war bei sämtlichen Erkrankten, von denen einige heftig befallen waren, gutartig. Sie genasen alle am siebenten bis achten Tage, wobei am dritten bis vierten Tage die Temperatur zur Norm zurückgekehrt war, und konnten am 10. bis 12. Tage ihrem Berufe wieder nachgehen.

Es muß angenommen werden, daß der Fisch sich in vivo infiziert hat, somit ein Fleisch lieferte, wie wir es bei notgeschlachteten Tieren vor uns haben. Denn nicht durch das verdorbene Fleisch des Fisches wurden die Personen krank, sondern durch das als ladenrein und makellos aussehende geruchlose Fleisch, welches in seinen inneren Teilen die Bazillen enthielt. Daß diese durch den Kochprozeß nicht getötet wurden, ist dem Umstande zuzuschreiben, daß Fische überhaupt nur angebrüht und nicht so intensiv gekocht zu werden pflegen, damit das Fleisch weich und zart bleibt. Dieser weniger intensive Kochprozeß genügte aber nicht, nur die nicht einmal sehr hitzebeständigen Bazillen abzutöten. Vom Seehecht, der ein sehr gefräßiger Raubfisch ist, ist es bekannt, daß er im Meere Kadaver und allerhand faules Getier zu fressen liebt, wodurch eine Infizierung seines Körpers schon im Meere leicht ermöglicht wird. Ein anderer Gesichtspunkt wäre bezüglich des Infektionsmodus noch in Betracht zu ziehen, ob nicht unter den Personen, die den Fisch in der Hand hatten, eine paratyphöse Erkrankung vorhanden war. Abraham hat nach dieser Seite hin sich zu informieren versucht, aber keine Anhaltspunkte dafür feststellen können. (Ebenda.)

Rolly spricht über Massenvergiftung mit Bohnensalat. Vortragender berichtet über eine Vergiftungsepidemie, bei welcher 250 Personen frühestenst vier Stunden nach der Einnahme von Bohnenkonserven an einer leichteren oder schwereren Enteritis erkrankten. Alle Patienten genasen nach drei bis vier Tagen. Die Bohnen stammten aus Konservenbüchsen, welche vor dem Essen bis etwa 80° C erhitzt worden waren. Es konnte in demselben das Bacterium coli und das Bacterium paratyphi B nachgewiesen werden. Vortragender bespricht alsdann das kulturelle Verhalten dieser beiden Bakterien, wobei hervorzuheben ist, daß das Bacterium coli insofern von dem gewöhnlichen Verhalten abwich, als die ersten aus dem Bohnengemüse gezüchteten Generationen eine auffallend starke Beweglichkeit, eine abnorm hohe Virulenz Tieren gegenüber, ein sehr langsames Milchkoagulationsvermögen, eine verminderte Indolbildungsfähigkeit zeigten. Nach vier bis fünf Umimpfungen zeigte sich das Bakterium wieder als völlig normal. Das aus dem Bohnengemüse gezüchtete Bacterium paratyphi B. zeigte normales biologisches und kulturelles Verhalten und bildete vor allem stark wirkende hitzebeständige Gifte. Vortragender kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse, daß vor allem diese Toxine es waren, welche die Vergiftungsepidemie hervorgerufen hatten, und streift alsdann noch die Krankheitsbilder, wie sie bei Infektionen mit lebenden Paratyphusbakterien hervorgerufen werden, und unterscheidet so eine enteritische und eine typhöse Erkrankungsform, je nachdem die Toxine des Bacterium paratyphi oder die Bakterien selbst die Ursache der Erkrankung abgegeben haben.



In der Diskussion berichtet Fischer über Kartoffelsalatvergiftungen in der Armee und bemerkt dazu, daß die Kartoffeln, welche einen ganz vorzüglichen Nährboden darstellen, nie am Tage vor dem Genusse schon zubereitet werden dürfen. (Mediz. Gesellsch. in Leipzig.)

Steinert sprach über Diagnostik der Hirn- und Rückenmarksgeschwülste. Vortragender berichtet über Beobachtungen aus der Leipziger medizinischen Klinik. Insbesondere werden zwei Fälle näher besprochen, die unter dem Bilde des Kleinhirntumors verlaufen sind. Bei beiden fehlte für die Diagnose der Lues oder des Hydrocephalus acquisitus jeder Anhaltspunkt. Der eine Fall kam zur Heilung, der andere ist besonders bemerkenswert durch die mehrfachen Biopsien und die Nekropsie, die abgesehen von Operationsresiduen an den intrakraniellen Organen einen völlig negativen Befund ergab. Vortragender teilt ferner Fälle von Gehirngliomen mit, in denen es im Anschluß an Schmierkuren zu Intermissionen kam, die Heilungen vortäuschten. Auch in einem Fall von Gliom der Medulla spinalis wurde nach einem Traitement mixte ein auffälliger Rückgang ganzer Symptomgruppen beobachtet. (Ebenda.)

IV. Literatur.

Das Indikationsgebiet des Alkohols bei der Behandlung innerer Krankheiten. Von Prof. Dr. G. Rosenfeld. (Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, hersusg. von A. Albu. Verlag von C. Marhold, Halle a. S. Bd. 1, Heft 5.)

Der Verfasser bemerkt ausdrücklich, daß er sich von keinen anderen Rücksichten hat leiten lassen als von der rein sachlichen Erwägung therapeutischer Zweckmäßigkeit und daß die Überzeugung, der Alkohol sei ein schlimmes Volksgift, nicht im geringsten mitgesprochen habe. Daß dem in der Tat so ist, geht schon daraus hervor, daß Rosenfeld in der Frage, ob der Alkohol ein Nahrungsmittel sei, wenigstens theoretisch genommen, einen von dem der „fanatischen“ Abstinenten durchaus abweichenden Standpunkt einnimmt.

Um so schwerer fällt das Urteil in die Wagschale, das Rosenfeld über die Indikationsstellung für den Alkohol fällt. Dasselbe lautet folgendermaßen: Bei akuten Infektionskrankheiten ist ein Vorteil von der Alkoholdarreichung gewiß nicht zu erwarten, in schweren Fällen, in denen die Wehrkraft des Organismus auf die entscheidende Probe gestellt wird, ist der Alkohol strenge zu vermeiden. Bei den chronischen Infektionskrankheiten, unter denen eigentlich nur die Tuberkulose in Frage kommt, ist die einzige Indikation die Betäubung des völlig verlorenen Phthisikers über seine Leiden. Bei Herzkrankheiten ist der Alkohol unbedingt verpönt, nur beim Kollaps kann er vorübergehend angewendet werden; er wirkt dann durch seine narkotische Eigenschaft günstig. Bei Magenaffektionen ist der Alkohol am besten von vornherein zu meiden, ebenso bei Darmkrankheiten; die erleichternde Wirkung bei den peinlichen Gefühlen des Volgegessenseins beruht ebenso wie der passagere antidiarrhoeische Effekt lediglich auf narkotischer Beeinflussung. Bei Harnkrankheiten ist der Alkohol kontraindiziert, wenn man von der pisse chaude absieht, ebenso bei Uratstein-Diathese, bei der Gicht, bei allen Nervenkrankheiten, bei Arteriosklerose. Was den Diabetes anbelangt, so ist bei leichten und mittelschweren Fällen der Alkoholgenuß zu widerraten, bei schweren Fällen ist zu versuchen, ob sich die Kohlehydratintoleranz und Azetonurie durch Alkohol verbessern läßt.

Der auf Grund der physiologischen Wirkung des Alkohols aufgestellte Indikationskreis ist also ein verschwindend kleiner; vergleicht man damit die Häufigkeit, mit der der Alkohol heute noch am Krankenbette angewendet wird, so zeigt sich ein klaffender Widerspruch. Es wäre sehr wünschenswert, wenn Rosenfelds Schrift von allen deutschen Ärzten gelesen und — beherzigt würde. H.

V. Aus der Praxis.

Der therapeutische Wert des **China-Blutan** wird in der „Klinisch-therapeutischen Wochenschrift“ Nr. 8, 1908, von Dr. Riess in folgender Weise beurteilt: Das China-Blutan, der bekannte Liquor Ferro-Mangani peptonati ohne Alkohol mit Chinazusatz, hat mir selbst in jenen Fällen entsprochen, in denen ein anderes Eisenpräparat entweder nicht vertragen wurde oder wirkungslos blieb. Der Geschmack des Mittels ist angenehm aromatisch bitter. Es kann gleich gut in Suppe oder in Milch gereicht werden und übt eine überraschende Wirkung auf die Regenerationsfähigkeit der roten Blutzellen, welche binnen drei Wochen oft bis 45% Zuwachs erfahren. Das Fehlen von Alkohol ließ es auch in Fällen schwerer Dyspepsie, starken Kräfteverfalls (Wöchnerinnen, Bluter, ja selbst in einem Falle von Selbstmordversuch durch Öffnen der Pulsadern) vollkommen indiziert erscheinen.

VI. Notizen.

Von der Gesellschaft der Ärzte. In der ersten Sitzung der Gesellschaft der Ärzte nach den Ferien gedachte der Präsident Hofrat Chrobach der während der Ferien verstorbenen Mitglieder Prof. Dr. Spiegler, Hofrat Direktor Dr. Langer, kaiserlichen Rat Dr. Schreiber und Dr. Stradal. Die Versammlung erhob sich zum Zeichen der Trauer von den Sitzen. Weiters machte der Präsident die Mitteilung von der Aufstellung eines Projektionsapparates im Sitzungssaale der Gesellschaft, womit ein bereits mehrere Jahre geäußerter Wunsch vieler Mitglieder in Erfüllung gegangen ist.

Ein Sachverständiger für Elektrochemie. Der Privatdozent für physikalische Chemie und Elektrochemie an der technischen Hochschule in Wien, Ing. Chem. Dr. Emil Abel, wurde zum gerichtlichen Sachverständigen für Elektrochemie ernannt und in dieser Eigenschaft beeidet.

Wegen Alkoholismus (Säuferwahns) wurden nach dem soeben veröffentlichten Heft 203 der „Preußischen Statistik“ in sämtlichen preußischen Anstalten für Geisteskranke usw. im Jahre 1905 verpflegt: 3849 Personen (Bestand am 1. Jänner 1905 842, Zugang 3007), worunter fast 9% Frauen, 1902 betrug die Zahl der aus dieser Ursache Verpflegten noch 1459. Von Interesse ist es, die einzelnen Berufsarten ins Auge zu fassen: am meisten vertreten waren die Gruppe „Häusliche Dienste“ mit 683 Personen, Handelsgewerbe 382, Baugewerbe 275, Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht 217, „Militär-, Hof-, bürgerlicher und kirchlicher Dienst, auch sogenannte freie Berufsarten“ 161. Verkehrsgewerbe 160, Metallverarbeitung 147. Die Gruppe Beherbergung und Erquickung stellte 125, die Gruppe Nahrungs- und Genußmittel 115 solcher Patienten. In der Gruppe Verkehrsgewerbe war das Fuhrwesen (ausschließlich Omnibusbetrieb, Kutscher usw.) mit 84, die Post mit 32, die Eisenbahn mit 20 Personen beteiligt, in der Gruppe Militärdienst u. s. f. die „Subalternbeamten“ und „Unterbeamten“ mit zusammen 42, höhere Beamte mit 23, Lehrer und Lehrerinnen ebenso, Musiker mit 18. Auch die Ärzte stellen kein geringes Kontingent mit 11 Patienten. Von den männlichen und weiblichen Pfleglingen wurden je etwa 1/4 als „geheilt“, etwa 1/3 als „gebessert“ entlassen.

Über einen Fall von Schnapsvergiftung bei einem dreijährigen Knaben berichtet S. Olschanetzki in der „Wratschebnaja Gazeta“ 1908, Nr. 11: Einige Stunden, nachdem der Knabe 1½ Glas Schnaps getrunken hatte, war er bewußtlos, schwer komatös, die Herztöne waren rein, Puls 150. Kampherinjektion, Ipekakuanha, eine Viertelstunde später Erbrechen einer Flüssigkeit mit scharf alkoholischem Geruche. Die Bewußtlosigkeit hält die ganze Nacht an, am nächsten Tage Tem. 39·7, schwere klonische Krämpfe, Puls schwächer. Kampher mit Koffeïn, keine Urinentleerung seit der Vergiftung. Um 11 Uhr Verschlimmerung des Zustandes, Krämpfe, Facies hypocratica, Cyanose, Puls fadenförmig. Eine Infusion von 300 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung, der bald darauf eine zweite von 200 cm^3 folgte, hatte überraschenden Erfolg. Es trat rasche Besserung ein, es wurde unter heftigem Drange Urin entleert, der 2‰ Eiweiß enthielt. Wahrscheinlich war durch die vermehrte Flüssigkeitsmenge die Herztätigkeit gesteigert worden, die wieder Harnsekretion und damit die Elimination des Giftes verursachte.

VII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle in Utzenaich, politischer Bezirk Ried (Oberösterreich), sofort zu besetzen. Die Sanitätsgemeinde hat eine Einwohnerzahl von 1378 Seelen und bezieht der Gemeindearzt für die Versehung der gemeindeärztlichen Agenden ein Fixum von 400 K. Außerdem ist eine freie Wohnung im Gemeindehause zur Verfügung; der Sitz des Gemeindearztes ist 20 Minuten von der Bahnstation Aurolzmünster entfernt. Allfällige Gesuche sind an die Gemeindevorstehung Utzenaich zu richten.



Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: XIX/1, **Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, **Spengergasse 21.**



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 46. Wien, 14. November 1908. **Nr. 46.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13218) zu senden.

Über die Entfettungskuren im Allgemeinen und die Karellkur im Besonderen.

Von **Dr. L. S. Mosler.**

Während in den vorausgegangenen Dezennien ein wohlbeleibter Mann mit gerötetem Gesichte als Typus der Gesundheit galt, ist jetzt in dieser Beziehung ein so gründlicher Wandel eingetreten, daß selbst in Laienkreisen die Fettleibigkeit als etwas Krankhaftes gilt und häufig tritt daher an den praktischen Arzt die Forderung heran, den Patienten oder die Patientin von dem überflüssigen Fett zu befreien. Bei dem weiblichen Geschlechte ist natürlich auch dieses Verlangen der Mode unterworfen; während in der Blütezeit der Sezession sich Frauen und Mädchen dem ärgsten Hunger aussetzten, um recht schlank zu erscheinen, geht jetzt ihr Verlangen wiederum mehr nach vollen Formen. Der Arzt darf sich nicht durch die Mode beeinflußen lassen; anderseits soll er auch bei den geringeren Graden der Fettleibigkeit nicht leichterhand den Wunsch des Patienten abschlagen, da dieser sonst einem Kurpfuscher in die Hände fällt. Hiebei müssen wir wissen, daß es nicht durchführbar ist, gerade an den gewünschten (Hüfte, Brüste), Stellen das Fett verschwinden zu lassen.

Handelt es sich in diesen Fällen nur um Schönheitsfehler eines gesunden Organismus, so gewinnt die Sachlage ein anderes Gesicht bei Erkrankungen der verschiedensten Organsysteme, auf welche die Zunahme des Körpergewichtes von entschieden schädlichem Einfluße ist. Oft stehen wir hier vor einem circulus vitiosus. Auf der einen Seite begünstigt die Erkrankung des Organes, respektive die dadurch diktierte Lebensweise den Fettansatz; auf der anderen wirkt wiederum die zunehmende Korpulenz ungünstig auf das ursprüngliche Organleiden ein. Hier ist die richtige Jndikationsstellung des Arztes eine schwere und vor allem auch recht verantwortungsvolle Aufgabe, zumal es sich zumeist um die Abwägung der verschiedensten einander entgegenstehenden Faktoren handelt. An die Spitze muß der Satz gestellt werden, daß hiebei nicht die Fettleibigkeit an sich sondern die Schädigung, die dadurch in gewissen Organen herbeigeführt wird, also in erster Reihe die Rücksicht auf die geschädigten Organe selbst, die Indikation für die etwa einzuleitende Entfettungskur abgibt. (Paul Friedrich Richter.) Bei älteren Leuten sind mittlere Grade von Fettleibigkeit als Indikationen für Entfettungskuren nicht anzuführen.

Unter den Ursachen der krankhaften Fettleibigkeit ist vor allem eine wirkliche Fettsucht anzuführen. Es handelt sich dabei um Störungen der intrazellulären Fettoxydation. Ein Einschreiten ist hier ebenso geboten, wie bei den verwandten Stoffwechselkrankheiten Gicht und Diabetes. Nur sind diese Fälle seltener als man gewöhnlich annimmt; sie beschränken sich auf vereinzelte Fälle von Fettsucht im Kindesalter, ferner auf die Zunahme des Körpergewichtes im natürlichen und antizipierten Klimakterienzuständen und durch Kastrastion; sie kommen endlich mit gewissen Anomalien der Blutbildung zusammen vor, so die anämische Form der Blutbildung.

Eine Entfettungskur ist ferner indiziert bei Erkrankungen der Zirkulationsorgane bei denen sei es durch die primäre Schädigung der Herzmuskulatur selbst, sei es durch die erhöhten Widerstände im Kreislaufe, die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels herabgesetzt ist. Weitere Indikationen sind Nierenkrankheiten, insbesonders die Schrumpfnieren, dann die eigentlichen Stoffwechselkrankheiten, insbesonders die Gicht. Bei Diabetes muß man vorsichtiger sein, da größere Gewichtsverluste von Diabetikern schlecht vertragen werden. Dasselbe gilt für Nervenkrankheiten, besonders für Hysterie. Wichtig dagegen sind die chronischen Erkrankungen der Bewegungsorgane, besonders der unteren Extremitäten; wir schaffen da entschiedene Vorteile, wenn wir den Gesamtkörper erleichtern, namentlich bei jenen lästigen Formen des chronischen Gelenksrheumatismus, wo es leicht zu einer Abnützung der Gelenksflächen kommt, ist es angezeigt, den Körper zu entlasten, damit die Gelenksflächen im Knie und Fußgelenk nicht zu stark belastet werden.

Sehr oft wird der Arzt in die Lage kommen, bei chronischen Lungenerkrankungen mit diffuser Bronchitis, Emphysem etc. zu einer Entfettungskur zu raten.

Die erste ausführlich überlieferte Entfettungsdiät stammt von dem englischen Arzte Harwey. Er gab W. Banting die Vorschrift zu der unter dem Namen des Patienten bekannt gewordenen Kur. Banting war 202 englische Pfund schwer, und verlor durch die Behandlung 35 Pfund. Diese Bantingkur besteht in einer fast ausschließlichen Fleischdiät mit grünem Gemüse, Kartoffeln, Mehlspeisen, Fett, fettes Fleisch waren ganz ausgeschlossen, von Brot nur etwa 60 g geröstet im Tage gestattet, im ganzen 1112 Kalorien. Die Flüssigkeitszufuhr bestand in fünf Glas Wein und zwei Tassen Tee ohne Milch.



Seitdem ist das Ziel der Reduktion des Körpergewichtes auf verschiedene Weise angestrebt worden. Die Ebsteinsche Kur bietet im Gegensatze zur Bantingkur wenig Eiweiß; dagegen viel Fett. Ebstein gewährt 102 g Eiweiß, 85 g Fett und 47 g Kohlehydrate, das ist 1400 Kalorien. Mit Recht legt Ebstein das Schwergewicht auf den Umstand, daß es sich nicht um eine vorübergehende Kur handelt, sondern um eine Änderung der Lebensweise. Ein Ebsteinscher Speisezettel schaut wie folgt aus: 1. Frühstück: Eine große Tasse schwarzer Tee ohne Milch und Zucker, 50 g Brot, mit 20 oder 30 g Butter. 2. Mittagsessen: Suppe, 120—180 g gekochtes oder gebratenes Fleisch, mit Vorliebe fettere Fleischsorten, als Gemüse namentlich Pürees von Leguminosen (Erbsen, Linsen oder Bohnenbrei). Nachtisch: frisches Obst, Salat (stets ohne Zucker). Als Getränk zwei bis drei Gläser leichten Weißweines. Nachtisch eine Tasse schwarzen Kaffees. 3. Abendessen: Eine Tasse Tee, ein Ei oder 70—80 g Fleisch, zirka 30 g Weißbrot, 20 g Butter, gelegentlich eine kleine Quantität Käse oder Obst..

Örtel gewährt wiederum viel Eiweiß, aber auch Fett Kohlehydrate. 183 g Eiweiß, 143 g Kohlehydrate, 38 g Fett 1700 Kalorien. Das Novum der Örtelschen Kur bestand in der Beschränkung der Wasserzufuhr, die Schweninger dahin modifizierte, daß er beliebige Mengen von Wasser erlaubte, aber nicht zugleich mit den festen Mahlzeiten. Geringe Flüssigkeitszufuhr und Erhöhung der Wasserabgbe, womöglich durch Dampfbäder setzen den Wasserverlust (aber nicht Fettverlust) das Körpergewicht rasch herab. Bei der nächsten Gelegenheit nimmt aber der Körper gierig die ihm entzogene Flüssigkeit wieder auf, und das Körpergewicht nähert sich dem anfänglichen. Man hat daher diese peinliche Methode des Dürstens wieder verlassen und ist heute bestrebt, durch genaue Berechnung der Kalorien das Fett allein mit Schonung des Eiweiß-Muskelbestandes zum Schwinden zu bringen. Daher ist heute auch die Schrothsche Kur bei der sich Ernährung bloß auf trockene Semmeln beschränkt, unterbrochen durch Dursttage, wie sie in Lindewiese angewendet wird, heute größtenteils verlassen.

v. Noorden legt wiederum das Schwergewicht auf das Individualisieren. Er stellt bestimmte Skalen auf. Wenn wir die Erhaltungskosten für einen Mann von mittlerer Größe bei kleiner Arbeitsleistung mit 2500 Kalorien annehmen, so wurde als der erste Grad der Entfettungsdiät der zu bezeichnen sein, bei dem wir den Nahrungsumsatz bis auf vier Fünftel dieser Erhaltungskost, also auf 2000 Kalorien herabsetzen. beim zweiten Grad auf drei Fünftel, beim dritten Grad zwischen drei Fünftel und zwei Fünftel, also zwischen 1500 und 1000 Kalorien. Beim ersten Grad der Entfettungsdiät genügt es bestimmte Nahrungsmittel aus der Kost zu streichen, z. B. sämtliche sichtbare Fette, Sahne und dergleichen. Für gewöhnliche Hauskuren eignet sich dies und der nächste Grad noch. Bei diesem ist es notwendig, sämtliche Süßigkeiten und alle Kohlehydrate auszuscheiden, die Amylaceen kann man beibehalten. Brot und Kartoffeln kann man geben, daneben magere Fleischspeisen mit viel grünem Gemüse verschiedenster Art, Salate und Früchte, teils roh, teils mit sehr wenig Zucker eingekocht. Man muß darauf achten, daß der Patient jedenfalls kein Hungergefühl hat. Denn das schwächt den Menschen und verursacht einen nervösen Reiz und bereitet den Boden für die Neurasthenie vor. Viele Mißerfolge sind sicher auf diesen Umstand zurückzuführen. In dieser Beziehung leisten die Kartoffeln große Dienste; sie haben ein großes Volumen bei geringem Kalorienwert. Die Kartoffeln enthalten nur 17 bis 18% Kohlenhydrate, fast kein Eiweiß. Ein Teil der Kartoffeln geht ferner ungebraucht ab. Dasselbe gilt für die grünen

Feuilleton.

Die klinische Beurteilung des Schmerzes.

Von **Alfons v. Rosthorn.**

Nachdem R. in seiner Antrittsrede zuerst der Bedeutung Lukas Johann Boër's gedacht hatte, fährt er, wie folgt, fort:

Wenn wir uns von solchem Rück- und Ausblick den ersten Schritten zu gemeinsamer Tätigkeit zuwenden, so darf ich mir wohl heute Ihre Aufmerksamkeit für eine Frage erbitten, welche die gynäkologische Diagnostik und damit auch die Therapie ganz wesentlich beherrscht. Ich möchte ein Thema berühren, in dessen Wesenheit es liegt, sich Beachtung zu erzwingen.

Mehr minder regelmäßig wiederholen sich bei den kranken Fauen die Klagen über Anomalien der Menstruation, der Sekretion und über Schmerzen aller Art. Die gynäkologische Anamnese gewinnt dadurch, zunächst oberflächlich betrachtet, einen recht monotonen Charakter. Diese Monotonie geht jedoch verloren und macht einem wechselvollen, zum Teil recht komplizierten Bilde Platz, sobald Sie sich in eine dieser Klagen zu vertiefen und dieselbe richtig zu bewerten bestrebt sind. Wir wollen heute versuchen, uns über die klinische Beurteilung des Schmerzes auseinanderzusetzen.

So interessant eine Erörterung des Schmerzproblems im allgemeinen wäre, so kann und will ich mich dennoch hier darauf nicht einlassen. Es würde dies einerseits von den mir gesteckten Ziele wegführen und anderseits finden Sie das Wesentlichste darüber in einer Reihe von anregend geschriebenen Aufsätzen; ich erwähne unter anderem die Vorträge von Gussenbauer, Goldscheider, Bennett. Außerdem gehen die Meinungen der Physiologen und Pathologen, sowohl in der Definition des Schmerzbegriffes, als in einer ganzen Reihe von grundlegenden Fragen noch recht weit auseinander. So ist man sich über die Bedingungen für die Entstehung der Schmerzempfindung, über eine etwa dabei zustande kommende Zustandsveränderung in der betreffenden Nervenfaser selbst, über die Entwicklung des hyperalgetischen Zustandes bei der Entzündung, über die Entstehung der sogenannten Mitempfindungen und, was uns besonders interessiert, über die Art der Vermittlung des sogenannten Organschmerzes, jenes dumpfen, von den inneren Organen ausgehenden Schmerzes noch nicht endgültig klar geworden. Ja selbst die Frage, ob es eigene Schmerznerven gibt, d. h. ob nur einer bestimmten Kategorie von Nervenelementen die Fähigkeit zukommt, durch Fortleitung einer sie peripher treffenden Erregung in den Zentralorganen Schmerzempfindungen auszulösen, ist meines Wissens noch nicht definitiv entschieden. Während einige Forscher dem Beispiele Richets folgend an der Existenz solcher eigener Schmerznerven festhalten, wie z. B. Rollet, Wundt, Head, v. Frey, sprach sich die Mehrzahl der maßgebenden Autoren analog Griesinger dahin aus, daß nur die qualitative Intensität und Dauer des Reizes das Maßgebende für die Schmerzempfindung sei. Unter Umständen könne auch eine Summation von kleinen wiederholten Reizen dasselbe zustande bringen, wie dies auch Wahrnehmungen an pathologischen Fällen erschlossen wurde (Richet, Naunyn, Rosenbach). Der Schmerz wird den Anschauungen dieser Gruppe von Autoren gemäß als eine eigene Art der Erregung definiert und soll in den den Drucksinn und das Allgemeingefühl vermittelnden sensiblen Nervenfasern seine Leitungsbahn haben. Gussenbauer und Grützner sind als Vertreter dieser Einheitstheorie zu nennen. Es ist ferner jener Annahme zu gedenken, welche auf Grund der Schiffschen Experimente besondere Beziehungen der hinteren grauen Substanz des Rückenmarkes zum Schmerzgefühle sucht, indem hier die Bedingungen gegeben sein sollen, welche das Anwachsen einer Erregung bis zur Schmerzwelle erfolgen lassen (Wundts Summationsbahnen).

Diese skizzenhaften Andeutungen mögen genügen, um Sie davon zu überzeugen, wie uferlos sich die Erörterung dieser ganzen Frage gestalten könnte, wenn man auf alle diese wesentlichen Details eingehen wollte.

Für die Beurteilung des Schmerzes halten Sie zunächst daran fest, daß, wie Dubois in seinem Werke über die Psychoneurosen so klar hervorhebt, jede Empfindung eine



Gemüse — sie enthalten nur 10% Nährstoff, alles andere ist teils Wasser, teils unverdauliches Material — und für Obst mit Ausnahme ganz süßer Sorten, wie Weintrauben. Ein Kilogramm Erdbeeren hat 60 g Kohlenhydrate = 200 Kalorien. Dagegen sind Entfettungskuren dritten Grades mit Sicherheit nur in eigenen Anstalten durchzuführen. Wir müssen hier eine Nahrung zuführen, deren Kalorienwert sich zwischen 1000 und 1500 bewegt. Ob man im einzelnen Falle mehr die Kohlehydrate beschneidet und die Fette erlaubt, oder umgekehrt, ist im Prinzipe gleich und ganz allein von der Individualität des Betreffenden abhängig.

Unter allen Umständen muß man aber für einen verhältnismäßig hohen Eiweißgehalt der Kost sorgen, weil sonst auch das Körpereiweiß in Gefahr kommt. Die Leute sollen womöglich eiweißreicher aus der Kost hervorgehen. Die Kalorien, die die Patienten hingeben müssen, um das Körpereiweiß zu sparen, beziehen sie aus den angesammelten Depots ihrer fetten Tage. Man soll sogar mit der Zeit Eiweiszufuhr steigern; man beginne daher mit kleinen Eiweißmengen, etwa 120 g im Tage und steigere sie im Laufe der Zeit bis auf 160—180 g. Noorden hat obwohl er dieser Frage wie oben erwähnt, keine prinzipielle Bedeutung zumißt, eine Vorliebe für Kohlenhydrate gegenüber den Fetten. Durch Schwitz- und Lichtbäder wird kein Erfolg erzielt. Auch das Reiten hat keinen wesentlichen Einfluß auf die Entfettung, denn es ist hauptsächlich nur eine passive Erschütterung des Körpers. Wenn ein Fetter auf einem Pferde sitzt, so wird das Pferd vielleicht mager, der Fettleibige nicht und umsoweniger, als die Erschütterung des Bauches durch die Anregung der Darmtätigkeit des Magens wieder eine Steigerung des Appetits erzeugt. Auch Massagen haben keinen Zweck.

(Fortsetzung folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Das Gesetz für Sozialversicherung. — Die neue Ärzteordnung. — Die neuen Universitätsinstitute.)

Die Aktion der sozialärztlichen Organisationen beginnt ihre Früchte zu tragen. Eine der wichtigsten Forderungen der Ärzte, die Einkommengrenze von 2400 K. für die Versicherungspflichtigen und die Möglichkeit der freien Ärztewahl, die unseren Lesern aus dem Feuilleton in den Nr. 42 und 43 bekannt sind, sind in dem soeben vorgelegten Regierungsentwurfe verwirklicht worden; die ärztefreundlichen Abgeordneten müssen aber auf der Wacht sein, daß im Laufe der Beratungen diese Bestimmungen nicht verfälscht werden.

In der kommenden Tagung wird das Abgeordnetenhaus sich mit einem Gesetzentwurf betreffend die Schaffung einer neuen Ärzteordnung zu befassen haben. Der von den Ärztekammern auf dem letzten Ärztekammertage beschlossene Gesetzentwurf, der schon einmal dem Reichsrat vorlag, war nämlich dem Obersten Sanitätsrat zur Begutachtung zugemittelt worden. Dieser hat nun durch ein Spezialkomitee mehrfache Änderungen, beziehungsweise Zusätze beantragt. Das von den Ärztekammern gewünschte obligatorische Spitalsjahr glaubt der Oberste Sanitätsrat nicht unbedingt befürworten zu sollen, da die Erfahrungen in Deutschland dagegen sprechen. Der Oberste Sanitätsrat gibt aber auch zu erwägen, ob zur Berechtigung der Praxisausübung nicht auch ein Nachweis der physischen oder psychischen Leistungsfähigkeit gefordert werden soll. Bezüglich der Praxis von Ausländern wäre jene in Weltkurorten während der Saison besonders zu umschreiben, das Verhältnis in der „Grenzpraxis“ einheitlich zu gestalten und das Verhältnis zu Bosnien und der Herzegowina zu regeln. Endlich soll auch für

---

psychische Tatsache ist. „Was an der durch einen Nadelstich erzeugten Schmerzempfindung physisch ist, das ist die Verletzung, die Erregung der Endapparate der sensiblen Nerven; was daran physikalisch ist, das ist die Transmission der Nervenvibrationen den Nervenstämmen entlang, die eine Geschwindigkeit von 30 m in der Sekunde erreicht; was daran psychisch ist, das ist die Empfindung selbst, die Wahrnehmung dessen, was man Schmerz nennt, gesammelt in den Zentren, deren Lokalisation noch nicht entgültig bestimmt sind, die aber in der Hirnrinde ihren Sitz haben müssen.“

Beachten Sie weiter, daß je nach dem Allgemeinzustande, besonders aber je nach dem Seelenzustande des Subjektes, d. i. also nach seiner Disposition, die Wahrnehmung wechseln kann. Sie kann durch Zerstreuung, durch hemmende Autosuggestion vernichtet, durch gespannte Aufmerksamkeit, Erwartung geschärft, vergrößert werden. Sie kann aber ohne irgendwelchen peripheren Reiz durch geistige Vorstellung geschaffen werden. Diese Mitwirkung des Gedankens macht das Stadium der Sensibilität so außerordentlich schwierig, wie jenes aller Erscheinungen, bei welchen wir als Kriterium nur die Aussage des Versuchsobjektes besitzen.

Uns speziell interessiert vor allem die Frage, welche Schmerzkategorien bei den Kranken unserer Beobachtungsphäre in Betracht kommen und wie dieselben als Krankheitsymptom in praktischer Hinsicht zu verwerten sind.

Goldscheider teilt nach streng genetischen Gesichtspunkten den Schmerz in drei Kategorien: 1. den echten Schmerz im engeren Sinne, 2. den Dolor spurius, die andauernde unterschmerzliche Empfindung, das Wehegefühl, 3. die psychogene Hyperästhesie, den ideellen Schmerz. Diese einzelnen Kategorien können sich natürlich kombinieren.

Lomer unterscheidet unter Berücksichtigung unseres Krankenmateriales den traumatischen, den Kontraktions-, den neuralgischen, den entzündlichen und den hysterischen Schmerz. Für die Gesichtspunkte des Praktikers mag diese letzte Einteilung entsprechen; vom theoretischen Standpunkte aus ist sie unlogisch, da sie das genetische mit dem qualitativen Einteilungsprinzipe verquickt. Aber jedenfalls begegnen wir allen diesen genannten Formen bei den uns zukommenden Kranken.

Welche Affektionen für die Auslösung dieser verschiedenen Schmerzkategorien im Bereiche der einzelnen Abschnitte des weiblichen Sexualsystems und der ihm benachbarten Körperregionen (Blase, Enddarm, Kreuzgegend, Bauchdecken) in Betracht kommen, hat Lomer in recht übersichtlicher Weise zu zeigen versucht. Bevor wir jedoch auf dieselben einzugehen vermögen, bedarf es noch der Erörterung einiger grundlegender theoretischer Fragen.

So eingehend wir besonders seit den grundlegenden Arbeiten Frankenhäusers über die groben anatomischen Verhältnisse der Nervengeflechte in der Beckenhöhle orientiert sind, so viel wir auch in neuerer Zeit infolge sorgfältiger histologischer Durchforschung der die Beckenorgane umkleidenden Bindegewebshüllen über den außerordentlichen Reichtum an nervösen Elementen und deren zweckmäßige Verteilung in bestimmten Zonen erfahren haben (siehe die neueren Untersuchungen Jungs und besonders jene Roiths aus meiner Klinik), so wenig Bestimmtes wissen wir über die Bahn der Vermittlung des Schmerzgefühles in dieser Region. Ueber die Versorgung der inneren Genitalien mit sensiblen Nervenfasern haben wir auch durch physiologische Experimente nichts Präzises festzustellen vermocht; es haben dieselben, wie die vielen einander widersprechenden Resultate der elektrischen Reizung zur Eruierung des Wehenzentrums erwiesen, uns infolge der so komplizierten Verhältnisse vielfach ganz im Stiche gelassen.

Nur soviel scheint durch neuere Forschungsergebnisse der englischen Physiologen Langley und Anderson definitiv festgestellt, daß dem sympathischen Systeme eine weitgehende Selbständigkeit zukomme, daß die verschiedenen motorischen Zentren der Beckenorgane in diesem selbst wahrscheinlich zu suchen seien und endlich, daß die alte Lehre, der gemäß die sensiblen Nervenelemente für die inneren Genitalorgane aus den sakralen Nerven stammen sollen, nicht mehr zu Recht bestehe. Dabei war auch die physiologische Bedeutungslosigkeit des sakralen Abschnittes des Grenzstranges für jene Organteile festgelegt worden.

(Forts. folgt.)

ausländische Ärzte mit inländischem Diplom eine gesetzliche Regelung Platz greifen. Zum Schutze des Arzttitels muß auch die möglichst strenge Bestrafung der Kurpfuscherei gesetzlich festgestellt werden. Den Ärzten soll jede wissenschaftlich anerkannte Behandlungs- und Heilmethode anzuwenden erlaubt sein. Jeder Arzt soll Zeugnisse ausstellen dürfen, doch können Behörden, Private usw. zu deren Anerkennung nicht verpflichtet werden. Die von den Ärztekammern vorgeschlagene Erlaubnis zur Verweigerung der Hilfeleistung bei früher einmal erfolgter Irreführung des Arztes soll entfallen. Es muß im Gesetz die Pflicht der Bezahlung der ersten Hilfe festgelegt werden. Die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses ist nicht allgemein durchführbar. Die Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten wäre gesetzlich auf „die durch Gesetze oder Ministerialverordnungen als anzeigepflichtig bezeichneten Krankheiten" zu statuieren. Die Aufstellung eines Minimaltarifes wird verworfen, dagegen jene eines Durchschnittstarifes als möglich bezeichnet. Der Oberste Sanitätsrat beantragt weiter gesetzliche Festlegung folgender Rechte und Pflichten: Ablehnung der Übernahme von Vormundschaften, Befreiung von der Geschwornenpflicht, Aufhebung oder Beschränkung der Verpflichtung zu gerichtlicher Sachverständigentätigkeit. Verboten sollte gesetzlich werden: Kauf und Verkauf der ärztlichen Praxis, briefliche Krankenbehandlung, marktschreierische Reklame, Zeugnisausstellung über Geheimmittel, Gewähren und Anbieten von Vorteilen an dritte Personen zur Praxisverschaffung. Endlich muß die Sicherung der Einwilligung von Patienten zur Operation gesetzlich bestimmt werden. Bei Kunstfehlern soll vorkommendenfalls nur ein Gutachten einer medizinischen Fakultät, nicht des gewöhnlichen Gerichtssachverständigen eingeholt werden.

Nunmehr ist der Bau des größten Gebäudekomplexes, der seit der Erbauung der neuen Universität zu wissenschaftlichen Zwecken errichtet werden soll, gesichert. In wiederholten Beratungen mit der Akademie der Wissenschaften und den Vorständen der physikalischen und chemischen Institute wurde das vorläufige Bauprogramm festgelegt, wonach zuerst — und zwar bereits zu Beginn des Frühjahres — das Radiuminstitut errichtet werden soll, dessen Bau bekanntlich durch die hochherzige Spende des Gutsbesitzers Kupelwieser ermöglicht wurde. Es war vor allem die Platzfrage, an der die Errichtung des Radiuminstituts zu scheitern drohte. Der Spender stellte als unerlässliche Bedingung auf, daß das Radiuminstitut als selbständiger Bau errichtet werde, während das Finanzministerium darauf bestand, daß es mit allen übrigen Instituten auf den Gründen der ehemaligen Tabakregie in der Waisenhausgasse gebaut werde. Diese Frage ist nun durch den im Arbeitsministerium ausgearbeiteten Bauplan in einer beide Teile befriedigenden Weise gelöst worden. Das Radiuminstitut wird als selbständiger Bau zwischen dem physikalischen und chemischen Institut errichtet werden, annähernd in der Mitte zwischen den beiden Instituten, wird aber in direkter Verbindung mit dem physikalischen Institut stehen, da beide Institute unter der Leitung des dermaligen Rektors der Wiener Universität Prof. Franz Exner stehen werden. Mit der Durchführung des Baues wird ein Privatarchitekt betraut werden — und zwar nach Wahl des Spenders, dem es auch überlassen bleibt, nach seinen eigenen Dispositionen den Bau durchführen zu lassen. Auf dem Komplex der ehemaligen Tabakregie sollen ferner drei physikalische und zwei chemische Institute, beide mit einer Abteilung für Pharmazeuten, dann ein mathematisches Institut und eventuell noch das psychologische Laboratorium, erbaut werden. Um den zur Verfügung stehenden Raum voll ausnützen zu können, wurde von der Verwaltungsbehörde der Vorschlag gemacht, daß die neuen Institute als zweistöckige Gebäude mit Sockelgeschoß und Hochparterre errichtet werden. Dagegen erhoben die Vorstände der Institute Einspruch, da solche Gebäude schwer zu überwachen wären, und verlangten, daß bloß zwei Stockwerke ohne Sockelgeschoss und Hochparterre errichtet werden. Ebenso legten sie mit Recht gegen die Absicht des Finanzministeriums, in den Erdgeschossen der Institute Geschäftsläden einzurichten, Protest ein, dem sich auch die Geschäftsleute des neunten Bezirkes anschlossen. In diesen beiden Fragen aber beharrt das Finanzministerium auf seinem Standpunkt.

Dritter internationaler Kongress für Irrenpflege in Wien.

Der Dritte internationale Kongreß für Irrenpflege bewies wie das Interesse für die Pflege der Geisteskranken durch die in der zweiten Hälfte des abgelaufenen Jahrhunderts auf diesem Gebiete erzielten Erfolge zugenommen hat, so daß sich durch das Übergreifen der Irrenpflege auf die meisten Gebiete des öffentlichen Lebens die Notwendigkeit ergab, einen ständigen Vereinigungspunkt in einem eigenen Internationalen Kongreß zu schaffen. Ärzte, Verwaltungsbeamte, Richter und Techniker haben sich in den Dienst gestellt, das Los der Geisteskranken zu verbessern, sowie die selbst in den gebildeten Kreisen bestehende Voreingenommenheit gegen Geisteskranke und damit die Furcht vor denselben zu bekämpfen. Dem internationalen Kongresse gieng unmittelbar ein österreichischer Irrenärztetag voraus, auf dem als ein einziger Beratungsgegenstand das Referat des Doc. Dr. Sölder über den Regierungsentwurf eines Entmündungsgesetzes stand.

Wenn eine Irrengesetzgebung den tatsächlichen Bedürfnissen gerecht werden will, so hat sie drei Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Schutz der Interessen der Geisteskranken, Schutz des Publikums vor Gefährdung durch Geisteskranke und Verhütung von ungerechtfertigten Rechtbeschränkungen aus dem Titel der Geistesstörung. Der vorliegende Gesetzentwurf kümmert sich so gut wie gar nicht um den Schutz des Publikums vor Geisteskranken, er befaßt sich nur in beschränktem Umfange mit den Interessen der Geisteskranken und betont ganz besonders stark den Schutz Geistesgesunder gegenüber ungerechtfertigter Internierung und Entmündigung. Der Autor des Entwurfes steht völlig im Banne der Agitation gegen die Psychiater, ohne daß er in den Erläuterungen des Entwurfes auch nur einen einzigen Fall einer ungerechtfertigten Entmündigung oder Internierung geltend machen könnte. — Ebenso einseitig wie die Auswahl des Stoffes ist die Behandlung desselben. Der Entwurf häuft alle Kautelen und Rechtsmittel einseitig nur zugunsten der Freiheit des einzelnen, und es ist zu befürchten, daß der Schutz des Publikums vor Geisteskranken noch mehr gefährdet sein würde als bisher. Die Tendenz des Entwurfes wendet sich direkt gegen die Irrenärzte. So weit es nur möglich ist, wird der Einfluß von Fachwissen und Erfahrung zurückgedrängt und dafür gesorgt, daß das Laienurteil von den Sachverständigen möglichst unbeeinflußt bleibe. Von diesen prinzipiellen Gebrechen abgesehen, enthält der Entwurf immerhin einige Einzelheiten, die als ein Fortschritt gegenüber dem geltenden Rechte anzusehen sind. Dieselben sind fast ausschließlich dem deutschen Rechte entnommen. Die Materien, die im Entwurfe behandelt werden, betreffen die Entmündigung wegen Geistesstörung, die vorläufige Kuratel, die Zulässigkeit der Anhaltung von Pfleglingen in geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten, die Entmündigung wegen Trunksucht und die Entmündigung wegen Verschwendung. — In der Entmündigung wegen Geistesstörung bringt der Entwurf neben der vollen Entmündigung auch die mildere Form einer beschränkten Entmündigung, die dem Rechtszustande eines Minderjährigen entspricht. Der Vollentmündigte erhält einen Kurator, der Beschränktentmündigte einen Beistand mit den Rechten und Pflichten eines Vormundes. Die Einführung einer milderen Form der Entmündigung entspricht einem lebhaften Bedürfnis, und viele Personen mit geringeren geistigen Gebrechen werden diese relative Freiheit als Wohltat empfinden. — Was die Voraussetzungen der Entmündigung anlangt, so sind im Entwurfe die bisherigen odiosen Ausdrücke „Wahnsinn" und „Blödsinn" beseitigt und an ihre Stelle die Be-



zeichnungen „Geisteskrankheit“ und „Geistesschwäche“ getreten. Wer infolge Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, wird vollentmündigt, wer sie nur mit Hilfe eines Beistandes zu besorgen vermag, wird beschränkt entmündet. Gemeingefährlichkeit ist nach dem Entwurfe kein Entmündigungsgrund. — Ein zweifelloser Mangel ist es, wenn das Antragsrecht auf Entmündigung ausschließlich auf die Angehörigen beschränkt bleibt. In vielen Fällen, in denen Angehörige nicht da sind oder die Verfeindung mit dem Kranken scheuen, wird die Entmündigung zum Schaden des Kranken verzögert werden oder unterbleiben. Was die psychiatrische Expertise anlangt, so wird nach dem Entwurfe häufig nur ein Sachverständiger fungieren, während bisher immer zwei zugezogen werden mußten. Der Entwurf schließt ferner bei Anstaltspfleglingen die Verwendung von Ärzten derselben Anstalt als Sachverständige aus. Man könnte dieser Bestimmung, obwohl sie einem gan ungerechtfertigten Mißtrauen entspringt, immerhin zustimmen, wenn der Entwurf allen Umständen die Verwendung gleich gut qualifizierter Sachverständiger vorschreiben würde. Das ist nun aber nicht der Fall. Die Sachverständigen sollen erfahrene Ärzte, müssen aber nicht Psychiater sein, und alle hieraus sich ergebenden Mißstände werden sonach fortdauern wie bisher. Im Entmündigungsverfahren führt der Entwurf einen Entmündigungssenat beim Gerichtshofe erster Instanz ein, vor dem über die Entmündigung eine öffentliche Verhandlung stattfindet. Dieser Senat besteht aus einem Vorsitzenden, 2 Berufsrichtern, 2 Schöffen, die der Geschworenenliste entnommen werden. Der Entwurf erhofft sich von dieser Einführung des Laienelementes die Ausschließung der Routine und der Oberflächlichkeit. Hiervon abgesehen, erscheint die Einführung von Schöffen so lange als ganz gleichgültig, als die Berufsrichter jeder psychiatrischen Vorbildung entbehren und daher ebenso Laien sind wie die Schöffen. — Eine besonders bedenkliche Neuerung des Entwurfes ist die Einführung des Vertrauensmannes. Derselbe wird von dem zu Entmündigenden ohne alle Förmlichkeit bestellt, besitzt die weitestgehenden Rechte einer Partei, bedarf jedoch keinerlei Qualifikation und hat keinerlei nennenswerten Pflichten. — Als vorteilhaft könnte sich der vorläufige Kurator bewähren, der die vielen dringenden Angelegenheiten von Geistenkranken und in Irrenanstalten internierten Pfleglingen in der ersten Zeit bis zur Aufstellung eines Kurators zu besorgen hat. — Für die Kontrolle über die Zulässigkeit der Anhaltung von Pfleglingen in Irrenanstalten schafft der Entwurf in zweckmäßiger Weise ein vom Entmündigungsverfahren getrenntes eigenes Verfahren. Die Aktion des Gerichtes beschränkt sich darauf, die Entlassung von Pfleglingen zu verfügen, die es für geistesgesung befindet. In die Frage, ob ein für krank befundener Pflegling anstaltsbedürftig sei oder nicht, mengt sich das Gericht mit Recht weiter nicht ein. Die Bestimmungen über die Entmündigung wegen gewohnheitsmäßigen Mißbrauches von Alkohol oder Nervengiften haben einen wesentlich anderen Zweck als die Bestimmungen über die Entmündigung wegen Geistestörung. Praktisch handelt es sich um Trunksüchtige, Morphinisten, Kokainisten. Die Entmündigung ist immer nur in der Form der beschränkten Entmündigung zulässig und kann verhängt werden, wenn die Trunksucht zur Gefahr des Notstandes der Familie oder zu einer Gefährdung der Sicherheit anderer führt. Die Entmündigung kann vom Gerichte aufgeschoben werden, wenn der Trunksüchtige besserungsfähig erscheint oder wenn er sich auf Verlangen des Gerichtes in eine Entwöhnungsanstalt begibt. Der Entwurf will sonach durch die Androhung der Entmündigung einen moralischen Druck auf den Trinker ausüben, der ihn zum Verzicht auf den Alkohol und eventuell zum Eintritt in die Entwöhnungsanstalt veranlassen soll. Der Entwurf wird sonach, falls er Gesetz wird, die Entstehung von Trinkerheilanstalten ermöglichen, die bisher wegen Mangels an entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen in Österreich sich nicht entwickeln konnten.

Professor Dr. Heinrich Obersteiner eröffnete den internationalen Kongreß mit folgender Rede: Wir sind sicherlich berechtigt, mit freudiger Genugtuung auf die Fortschritte zurückzublicken, welche die Psychiatrie und das gesamte Irrenwesen in den letzten Dezennien zu verzeichnen haben. Gewiß wäre es ungerecht, diese Fortschritte zu unterschätzen mit Hinweis auf die hervorragenden, praktisch so bedeutungsvollen und daher vielleicht mehr in die Augen springenden Errungenschaften anderer wissenschaftlicher Disziplinen, speziell auf medizinischem Gebiete, etwa der Chirurgie. Ein solcher Vergleich scheint nicht am Platze, noch weniger das Gefühl des Neides, schon deshalb nicht, weil wir ein gleichmäßiges, paralleles Vorwärtsschreiten nirgends in der Natur und nirgends in der menschlichen Gesellschaft erwarten und verlangen dürfen. Der Anatom bemüht sich, uns die materiellen Grundlagen der Seelenstörungen zu demonstrieren, allerdings muß er in vielen Fällen gestehen, daß er nichts gefunden und in anderen — was viel schlimmer ist — daß er Läsionen des Gehirns konstatieren kann, die in ihrer Art irreparabel, jeder ärztlichen Einwirkung unzugänglich sind. Der klinisch tätige Psychiater hingegen stellt sich die Aufgabe, sei es rein empirisch, sei es auf Grund wohldurchdachter theoretischer Erwägungen, den Krankheitsverlauf einzudämmen, ihn zum Stillstand und zum Rückgang zu bringen; aber auch er kommt leider nur zu oft in die Gelegenheit, sich die traurige Überzeugung zu verschaffen, daß all sein redliches Streben und Bemühen aussichtslos sind. Da wir also zu der Erkenntnis gelangen, daß unserem therapeutischen Können gegenüber den Geisteskrankheiten vorderhand vielfach noch eine ziemlich enge Grenze gezogen ist, so werden wir dahin gedrängt, den Versuch zu unternehmen, auch von anderen Seiten her Besserung zu schaffen. Da bietet sich uns in erster Linie der Weg der Prophylaxis, indem wir uns bemühen, gegen die gewichtigsten Ursachen der Geisteskrankheiten, wie Alkohol, Syphilis, Heredität, schlechte soziale Verhältnisse, anzukämpfen; weiterhin aber werden wir auf Erfolg hoffen dürfen, wenn wir es uns zur Aufgabe machen, die Lage der Geisteskranken möglichst günstig zu gestalten, unser Augenmerk darauf richten, jene Seiten des Seelenlebens zu heben und zu pflegen, die einer solchen Entwicklung noch zugänglich sind.

Für die Dauer des Kongresses werden zu Ehrenpräsidenten gewählt: Geheimrat Moëli, Exzellenz Dubief, Sir Georg O. Farrel und Professor Tamburini.

(Fortsetzung folgt.)

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

(Fortsetzung.)

In enger Verbindung mit dem Thema der Säuglingsfürsorge steht ein Referat des Leiters der Milchhygienischen Untersuchungsstelle der Stadt Leipzig, Privatdozenten Doktor Seiffert, über den Milchschmutz und seine Bekämpfung. Der Vortragende verwies auf die Tatsache, daß die Marktmilch der Großstädte häufig in recht beträchtlichem und gesundheitsgefährlichem Grade verunreinigt und in den Handel gebracht wird. Die öffentliche Gesundheitspflege und vor allem die Bestrebungen zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit fordern die Beschaffung einer reinen, gesunden, sogenannten aseptischen Milch im Rohzustande. Dem stehe der Michschmutz entgegen, der entweder beim Melken in die Milch gelangt oder in einer Beimengung krankhaft veränderter Euterbestandteile und krankheitserregender Bakterien aus dem Körper kranker Tiere, oft aus beiden Beimengungen gleichzeitig besteht. Der Melkschmutz besteht zum größten Teil aus Kuhkot und den in diesem enthaltenen Bakterien. Er ist zwar unappetitlich, aber nicht eigentlich gesundheitsgefährlich. Nur im Hochsommer verursachen die in ihm enthaltenen Bakterien durch äußerlich unverkennbare Zersetzung der Milch einen großen Teil der akuten Verdauungsstörungen und Todesfälle der Säuglinge. Gefährlicher ist der aus dem Körper kranker Tiere stammende Milchschmutz. Er besteht aus Eiter und den eiterungserregenden Bakterien (Streptokokken)

bei Euterentzündung, bei Eutertuberkulose aus tuberkulösem Eutergewebe und Tuberkelbazillen, die beim Kinde unter gewissen Umständen Skrophulose bezw. Tuberkulose, aus der die Schwindsucht der Erwachsenen hervorgehen kann, zu erzeugen vermögen. Während der Melkschmutz durch Filtrieren beseitigt werden kann, ist der krankhafte Milchschmutz nur von den in der Pathologie und Bakteriologie erfahrenen Ärzten mit Mikroskop und bakteriologischer Untersuchung nachweisbar. Aus diesem Grunde haben die Städte Leipzig und München amtliche milchhygienische Untersuchungsstellen eingerichtet. Den Milchschutz durch Sterilisieren oder Pasteurisieren oder chemische Zusätze zu entfernen, ist unmöglich; diese Verfahren dienen nur zur Verschleierung des Milchschmutzes für die öffentliche Kontrolle. Es wäre daher wünschenswert, wenn ähnliche Untersuchungsanstalten in allen größeren Städten errichtet würden, weil nur dann die Milchkontrolle eine nachhaltige Wirkung auf die Landwirtschaft ausüben wird.

Eine die Hausfrauen interessierende Frage behandelt der bekannte Berliner Chemiker Dr. Bein in seinem Referat über die chemischen Vorgänge beim Waschen.

Er erklärte zunächst den Begriff des Waschens, den er als ein Reinigen von allen fremdartigen Stoffen verbunden mit dem gleichzeitigen Bestreben, der Materie ein gefälliges Äußere zu verleihen, definiert. Dr. Bein führt an der Hand exakter Versuche aus, daß das seit Ursprung alles organischen Lebens zum Reinigen wohl nur mit primitiven mechanischen Unterstützungsmitteln angewandte Wasser stets und unter Umständen auch heute noch allein imstande sei, den erforderlichen Zweck zu erfüllen. Das Wasser sei nicht nur zum Wegschwemmen von Schmutzteilen, sondern auch geeignet, anhängende Stoffe zu lösen, ja sogar auf rein chemischem Wege, unter Umständen an Stelle von Säuren, fetthaltige Substanzen in ihre Bestandteile zu zerlegen und die entstandenen Spaltungsprodukte wegzuspülen, auch die vielen Krankheitskeime abzutöten. Der Vortragende zeigt, daß mit der fortschreitenden Kultur das Bedürfnis nach Hilfsmitteln zum rascheren Reinigen entstanden sei. Dadurch kam zuerst die sogenannte Aschlauge in Verwendung, die allerdings unter den heutigen Verhältnissen organische Stoffe, insbesondere Gewebe, zu sehr angreife, ja sogar zum Teil vernichte. Später, aber immerhin noch lange vor unserer jetzigen Zeitrechnung, lernte man die Lauge mit Fetten zu verbinden, wodurch die heutigen Seifen in den Vordergrund traten. Dr. Bein zeigt an Versuchsergebnissen, daß die Seifen, entgegen früheren Annahmen, nur mit Wasser vollkommen brauchbar seien und damit dann sofort in ein stark wirksames Alkali und ein fettsaures Salz zerfallen. Das erste wirke, weil es im sogenannten Entstehungszustande frei wird, trotz der geringfügigen Menge stark reinigend, ohne die Materie wesentlich anzugreifen, während das zweite Spaltungsprodukt nach Einschluß von Luft als Schaum die Schmutzhülle einhülle und mit viel Wasser wegspüle. Diese Wirkungsweise suchte man mit mehr oder weniger Erfolg auf die Ersatzmittel der Seife (Waschpulver usw.) zu übertragen. Es wurden dann auch die zum Teil überflüssigen, zum Teil sogar schädlichen Beschwerungsmittel der Seifen und Waschpulver erörtert. Auf rein chemische Umsetzung führt Dr. Bein an der Hand von Versuchen die Verwendung der schnellwirkenden Waschbleichmittel vor. Sie werden naturgemäß in der modernen Zeit an Stelle der seit Jahrtausenden hiezu herangezogenen Sonnenstrahlen verwendet. Dadurch werden oft gewünschte Farben, aber auch häufig — namentlich in unkundigen Händen — durch starke Oxydation und Reduktion unliebsame Substanzzerstörungen herbeigeführt. Die uralte Verwendung von Öl wird von dem Vortragenden nach mehreren Richtungen auf Grund seiner Versuche erschöpfend erörtert. Er erwähnt, daß diese erst wieder im Jahre 1825 durch Einführung der Benzinwäsche (sogenannten Trockenwäsche) von einem Franzosen im modernen Kulturleben erneuert worden ist. Schließlich demonstriert Dr. Bein den allerneuesten Kulturfortschritt, das Waschen mit Präparaten, die alle wünschenswerten Vorgänge chemischer und mechanischer Natur in sich vereinigen. Das sind solche, die in einer klaren Lösung Wasser, Seife, Öl und ein Fettlösungsmittel (Tetrachlorkohlenstoff) enthalten, ohne beim Zusatz beliebiger Wassermengen sich zu trüben. Der Referent erklärte die hiebei vor sich gehenden chemischen Umsetzungen sowie die reinigenden und mit einer Art Desinfektion verbundenen Vorgänge. Der umfangreiche Vortrag schließt mit einem Apell an die Kulturstaaten: Man lege in der Gegenwart mit Recht auf die Heilung von Krankheiten und auf Krankenhäuser ein besonderes Gewicht. Möge man nun vorab die Krankheiten tunlichst verhüten. Dies ist aber in allererster Linie durch ein besonderes Augenmerk auf zweckentsprechendes Waschen (Reinigen) zum Wohle der Menschheit zu erreichen! Dafür müssen oft öffentliche Belehrungen stattfinden.

Gocht-Halle sprach über die Schädigungen durch Röntgenstrahlen hat man streng auseinanderzuhalten die akut auftretenden und die infolge chronischer Einwirkung erzeugten. Degenerative Veränderungen in lymphatischen Organen sind bisher nur am Tier beobachtet worden. Schädigungen der Keimdrüsen sind an Mensch und Tier nachgewiesen. Einwirkungen auf das Nervensystem werden von einzelnen berichtet, sind selten. Bei jungen Tieren sind erhebliche Wachstumstörungen experimentell erzeugt worden. Kleinste Säugetiere gehen unter intensiver Bestrahlung zugrunde. Die stärksten Schädigungen betreffen Ärzte und Ingenieure, die sich in den früheren Jahren den Strahlen zu stark aussetzten, als man sich noch nicht schützte. Der heute mit Röntgenstrahlen arbeitende Arzt muß mit der Technik genauestens vertraut sein und die Schutzmaßregeln anwenden. Bei richtiger Dosierung lassen sich schwere Schädigungen vermeiden. Man muß sich einer direkten oder indirekten Meßmethode bedienen und die nicht bestrahlten Körperteile gut abdecken. Eine Idiosynkrasie im eigentlichen Sinne, welche eine schwere Verbrennung veranlassen könnte bei einer sonst zur Erreichung desselben Zweckes üblichen Dosierung, gibt es offenbar nicht, wenn auch gewisse individuelle Schwankungen zuzugeben sind. Was die Therapie der Röntgenschädigungen betrifft, so leistet sie gegenüber der chronischen Dermatitis sehr wenig, kann nur schonend symptomatisch sein. Fernhaltung von Röntgenstrahlen von allen mechanischen und chemischen Reizen ist notwendig. Man muß viel probieren: Seewasser, Bleiwasserumschläge, englisches Pflaster, Fette, Schwefelteerüberzug. Zu vermeiden sind Kokainsalbe, Orthoform, reduzierende Mittel. Geschwüre sind zu ätzen (Jodtinktur), eventuell muß man exzidieren und transplantieren. Bei fünf forensischen Fällen mußte Gocht Gutachten erstatten. Sie lehren, daß der moderne Röntgentherapeut die Dosierung kontrollieren soll in den nach dem Stande der Wissenschaft möglichen Grenzen und daß die Kranken vor der Threrapie über mögliche Schädigungen aufzuklären sind. Wenn absichtlich eine Reaktion zweiten Grades erzeugt wird, kann wohl Überdosierung stattfinden.

Friedrich-Marburg, bespricht die Fragen der Lungenchirurgie vom chirurgischen Standpunkte, teilweise zurückgreifend auf sein Referat auf dem heurigen Chirurgenkongreß. Die einfache Eröffnung von Abszessen und Gangränherden, unter Heranziehung der Lunge in den Spalt, gelingt gut und ist eine dankbare Operation (Lenhartz 75% Heilung). Man kommt hiebei ohne das Druckdifferenzverfahren aus. Dieses ist aber für größere Eingriffe unentbehrlich. Unter Umgehung kostspieliger Einrichtungen läßt sich manches improvisieren. Es besteht jetzt bei der Tuberkulose mehr die Tendenz, die Lunge einzuengen, als die Lunge selbst zu resezieren. Die Freundsche Idee, die kranke Lunge durch Lösung des ersten Rippenknorpels zu mobilisieren, steht damit theoretisch im Widerspruche. Die Methodik der Rippenresektion über tuberkulösen Lungenteilen, wie sie 1888 von Quincke im kleinen Maßstabe begonnen, dann von Spengler gefördert wurde, ist jetzt noch weiter vervollkommnet worden. Friedrich hebt die wesentlichen Punkte hervor: Entknöcherung großer Partien. Vorbereitung des Kranken, rasches Operieren unter Anwendung lokaler Anästhesie und nur geringer Chloro-



formmengen. Die beobachtete Komplikation mit Nephritis scheint mit Einverleibung großer Kampfermengen zusammenzuhängen. Das Herz ist nach der Operation gut zu überwachen; es erholt sich aber rasch und paßt sich an; es ist überhaupt staunenswert, wie der entstehende Defekt durch Verlagerung der Nachbarorgane (Herz, Zwerchfell) auszugleichen versucht wird. Der Erfolg größerer Operationen ist unmittelbar zu beobachten: der Hustenreiz läßt nach, die Sputummenge sinkt rapit, die Temperatur fällt ab; Appetit, Schlaf und Ernährungszustand nehmen zu. Die Indikation zur Erzeugung des Lungenkollapses haben Murphy und Forlanini in gültiger Weise aufgestellt. Ist nach der plastischen Operation das Lungengewebe genügend geschrumpft, so kann man wohl eventuell einzelne kranke Lungenteile angreifen, was dann viel leichter gelingt. Friedrich stellt noch einen alten Emphysematiker vor, den er durch Entfernungen größerer Stücke aus der zweiten bis sechsten Rippe erheblich gebessert hat.

(Fortsetzung folgt.)

III. Literaturauszüge.

Über offene und subkutane Verletzungen der Bauchorgane. Von Oberarzt Dr. R. Lampe.

Wie begegnen wir nun dem Mangel einer exakten Frühdiagnose? Liegt es doch auf der Hand, daß bei gewissen Komplikationen, z. B. den Darmzerreißungen, die chirurgische Hilfe nicht frühzeitig genug einsetzen kann; warten wir erst ab, bis die Symptome einer Darmverletzung deutlich ausgeprägt sind, so wird die Laparotomie in den meisten Fällen zu spät kommen.

Von den Erfahrungstatsachen müssen wir bezüglich der offenen Verletzung der Bauchhöhle folgende kennen: Schußverletzungen gehen so gut wie regelmäßig mit Verletzungen innerer Organe einher. Bei Stichverletzungen können die Darmschlingen eventuell ausweichen; ist der Stich aber mit einem scharfen, spitzen Instrument und mit großer Kraft geführt, so kommt es auch hier in den meisten Fällen zu Verletzungen der Bauchorgane. Das einemal liegt also die direkte Verpflichtung, das anderemal die hohe Berechtigung vor, alsbald nach dem Unfall eine Revision der Bauchhöhle vorzunehmen.

Hinsichtlich der subkutanen Verletzungen müssen wir wissen, daß schnell und zirkumskript die Bauchwand treffende Gewalten, Hufschlag, Stoß, zumeist eine innere Verletzung verursachen. Trifft der Schlag die blutreichen drüsigen Organe, so kommt es zu einer Ruptur derselben im Sinne einer hydraulischen Sprengung; trifft er die Hohlorgane, so kommt es durch Überspannung der Elastizitätsgrenze derselben zu Berstungen. Ebenso führen die schweren Gewalteinwirkungen, Überfahren, Verschütten, Pufferquetschung meistens zu inneren Verletzungen; insbesondere kommt es hier häufig zu Zerreißungen des Darmes oder Abreißen des Darmes von seinem Mesenterium durch Anpressen gegen die Wirbelsäule. In allen diesen auf innere Verletzung hochverdächtigen Fällen soll man sich also mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose begnügen, um die Indikationen für chirurgisches Eingreifen zu stellen.

Anders steht es nun mit der Diagnostik der Mitbeteiligung der Bauchorgane, wenn einige Stunden nach dem Unfall verstrichen sind. Ausgetretener Darminhalt oder ergossenes Blut haben dann bereits die erste Reizung des Peritoneums gesetzt, das einemal im Sinne einer Entzündung, das anderemal im Sinne einer Fremdkörperreizung, und es kommt nun alles darauf an, diese erste peritoneale Reizung festzustellen und richtig zu deuten, weil in diesem Stadium, dem „relativen Frühstadium", wie ich es bezeichnen möchte, die chirurgische Hilfe in den meisten Fällen noch erfolgreich sein wird. Das diagnostische Merkmal nun dieser ersten peritonealen Reizung ist eine Spannung der Muskulatur der vorderen Bauchwand. Ich kann nicht dringend genug die Beachtung dieses Symptomes der Mitbeteiligung innerer Organe bei Bauchverletzungen anempfehlen; wenn dieses Symptom auch nicht unmittelbar nach dem Anfall anzutreffen ist, so sichert es doch eine „relative Frühdiagnose", zu einer Zeit, zu der, wie gesagt, chirurgisch noch etwas zu erreichen sein wird. Dieser Muskelspasmus macht sich entweder gleichmäßig im Bereich der ganzen vorderen Bauchwand bemerkbar, oder die geraden Bauchmuskeln sind besonders rigide, oder der Spasmus ist beschränkt auf die Muskelpartie über dem Ort der inneren Verletzung; er zeigt sich bei kahnförmig eingezogenem Abdomen oder bei beginnender meteoristischer Auftreibung desselben. Das Eindrücken der gespannten Bauchwand wird häufig schmerzhaft empfunden; hin und wieder findet man auch das Blumbergsche Zeichen, daß nämlich der Schmerz erst auftritt im Moment des Nachlassens des Druckes, bei dem Zurückfedern der Bauchwand. Dazu kommt nun als zweites hochwichtiges Symptom ein beschleunigter kleiner Puls und mit ihm korrespondierend beschleunigte oberflächliche Atmung.

Diesen Merkmalen gesellt sich hinzu — falls nicht von vornherein als Zeichen eines Nervenchoks vorhanden — fahle Gesichtsfarbe, kühle, spitze Nase, ängstlicher Gesichtsausdruck, Leibschmerzen, Brechreiz; eventuell sind auch die physikalischen Zeichen der Gas- oder Flüssigkeitsansammlung in der freien Bauchhöhle zur Ausbildung gelangt. Es muß aber ausdrücklich betont werden, daß es nicht notwendig ist, auf diese Zeichen zu warten; schon bei Feststellung der an erster und zweiter Stelle genannten Symptome ist die Indikation zu chirurgischem Eingreifen gegeben. (Med. Klinik Nr. 34.)

*

Über Paradysenterie und gleichartige Erkrankungen des Kindesalters. Von Priv.-Doz. Dr. Wilhelm Knoepfelmacher.

Diese Krankheit, welche von Widerhofer eine vortreffliche Beschreibung erfahren hat, war stets als Enteritis follicularis bezeichnet worden. Ihre Aetiologie war unbekannt, bis es vor einigen Jahren gelang, Licht in das Wesen der Krankheit zu bringen. Bakteriologische Untersuchungen haben uns belehrt, daß wir es in einem sehr großen Teile dieser Fälle mit dysenterieartigen Erkrankungen zu tun haben.

Wir haben verschiedene Formen von Dysenterie zu unterscheiden: 1. die tropische Amöbendysenterie, 2. die epidemische bazilläre Dysenterie, welche durch den Bacillus Shiga-Kruse hervorgerufen wird. Die erste Form kommt in Europa nur in vereinzelten, die bazilläre Dysenterie aber epidemisch und zum Teil auch endemisch wie sporadisch zur Beobachtung. Solche bazilläre Dysenterien kommen ebenso wie beim Erwachsenen, auch beim Kinde zur Beobachtung, und es ist auch eine solche kleine Epidemie an Kindern von Jehle in Wien beschrieben worden.

Die Mehrzahl jener ruhrartigen Erkrankungen aber, welche ohne eigentlichen Dysenterieherd zur Beobachtung kommt, sei es in kleinen Gruppen oder in sporadischen Krankheitsfällen, ist im Verlaufe und vor allem in dem Ergebnis der bakteriologischen Untersuchungen von echter Dysenterie wesentlich verschieden.

Sie wird hervorgerufen durch den Bacillus dysenteriae Flexner. Er zeichnet sich vor allem dadurch aus, daß er keine wahrnehmbaren Toxine bildet; in der Kultur zeigt sich der Bacillus Flexner ebenso wie der Shiga-Krusestamm als unbewegliches Stäbchen, welches Milch nicht zur Gerinnung bringt und Zucker nicht vergärt.

Sie können in einer ganzen Reihe von Fällen schleimige Entleerungen beobachten, namentlich bei Brustkindern, welche mit der Paradysenterie von vornherein nichts zu tun haben; auch dürfen Sie nicht vergessen, daß bei Kindern, welchen wegen Obstipation Einläufe regelmäßig gemacht werden, manchmal infolge lokaler Reizzustände kleine Mengen von Schleim herausgepreßt werden. Endlich geben andere lokale Störungen im Rektum, besonders der Polyp des Rektums, seltener eine Fissur, zu schleimigen Entleerungen und auch Tenesmus Veranlassung, ohne daß ein Darminfekt vorliegt.

Bei jedem Kinde, welches schleimig-eitrig-blutige Entleerungen hat, müssen Sie energisch eingreifen. Vor allem



muß das Kind isoliert werden; wir wissen, daß die Erkrankung durch die Entleerungen selbst und durch alles, was mit diesen in Berührung kam, übertragen werden kann. Strenge Asepsis in der Pflege des Kindes ist darum geboten. Die Entleerungen werden durch Desinfektionsmittel (Chlorkalk, Lysol, Sublimat usw.) ihrer Übertragungsfähigkeit beraubt. Auf gleiche Weise werden alle Gebrauchsgegenstände. die Hände der Pflegerin. des Arztes, der Angehörigen desinfiziert.

Die einzuschlagende Therapie ist zum Teil von dem Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung abhängig. Ich habe Sie bereits aufmerksam gemacht, daß der Bazillus Shiga-Kruse Toxine bildet; es ist gelungen, ein gegen die Infektion mit diesem Bazillus wirksames Antitoxin darzustellen (Shiga, Kruse, Rosenthal, Kraus, Dörr und Andere). Dieses Serum nützt aber gar nichts gegen die Paradysenterie, welche durch Bazillen der Flexnergruppe hervorgerufen wird; die Flexnergruppe bildet keine Toxine und ein Antitoxin darzustellen ist darum bisher mißlungen.

Unser Vorgehen bezüglich des Serums ist nun so eingerichtet, daß wir in allen Fällen von Krusedysenterie unbedingt das Serum in recht großen Mengen (ein bis mehrmals des Tags 20 cm³) anwenden; in jenen Fällen aber, welche von Anfang an sehr intensive Erkrankung. namentlich toxische Symptome, zeigen, warten wir ein Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung nicht ab, sondern injizieren für jeden Fall gleich zu Beginn der Erkrankung das Dysenterieserum, obwohl wir wissen, daß es nur dann einen Effekt haben kann, wenn es sich um Shiga-Krusedysenterie handelt. Die Gruppe des Flexnerstammes wird von diesem Serum gar nicht beeinflußt.

Im übrigen muß sich unsere therapeutische Aktion in jedem Falle von dysenterieartiger Erkrankung vorerst der lokalen Behandlung des Kolon zuwenden. Wir geben nach bewährten Vorschlägen zu Beginn ein Abführmittel, z. B. Oleum Ricini oder Kalomel; vom 1. oder 2. Tage an versuchen wir den Dickdarm lokal durch Eingüsse zu beeinflussen und wenden da Klysmen mit Stärke oder Klysmen mit Acidum tannicum (1—2%ige Lösung) oder Argentum nitricum (1 : 5000 Aq.) oder Liquor Plumbi acetici (subacet.) (10 : 1000 Aq.) an; intern verabreichen wir eines der Adstringentien, welche Tannin in irgend einer Form gebunden enthalten, Tannigen, Tannalbin, Tannopin, und andere in 3—4 täglichen Dosen von 0·20—0·5, je nach dem Alter des Kindes. Selbstverständlich werden wir dem Verhalten von Herz und Puls unsere besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung werden vortrefflich analeptisch und, vom Beginne angewandt, entgiftend wirken. Bei sinkender Herzkraft fügen wir Injektionen von Digalen, 1—4 cm³ pro Tag, und von Oleum camphoratum bei.

Wichtig ist die Diät des Kindes. In den ersten Tagen führen wir dem Kinde nur Tee zu, der zugleich ein vortreffliches, hier so notwendiges Stimulans bildet; sind die ersten 2—3 Krankheitstage vorüber, dann geben wir eine kohlehydratreiche, verdünnte Mich, am besten als Liebigsche Suppe oder als Milchmalzsuppe nach Keller; diese Präparationen der Milch und ähnlich zusammengesetzte fabrikmäßig erzeugte Präparate haben sich als Nahrungsmittel namentlich im subakuten Stadium dieser Krankheit vortrefflich bewährt. (Med. Klinik Nr. 34.)

IV. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".
Sitzung vom 23. Oktober 1908.

Rudolf Leidler demonstriert aus der Ohrenabteilung der allgemeinen Poliklinik vier schwere, durch Operation geheilte Fälle von intrakraniellen otitischen Komplikationen.

Emil Ruttin zeigt einen durch Operation geheilten Fall von durch chronische Mittelohreiterung infizierter Basisfraktur mit Hirnprolaps. Der 49jährige Patient. der infolge eines Sturzes eine Basisfraktur mit Zerreißung der Dura, Hirnprolaps und Einklemmung eines Astes der Arteria meningea media erlitt, hatte von früher her eine chronische Mittelohreiterung, die wohl ohne Operation zweifelsohne eine Infektion der Meningen zur Folge gehabt hätte; waren doch schon Symptome einer beginnenden Meningitis kurz nach Einlieferung vorhanden. Ruttin betont, daß, wenn eine Basisfraktur als solche eine Operation kontraindiziert, das gleichzeitige Bestehen einer Mittelohreiterung die Operation direkt erfordern kann.

Hugo Fasal zeigt ein idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut bei einem 77jährigen Manne. An beiden Füßen, sowohl den Fußsohlen als auch dem Fußrücken und Zehen, an beiden Händen, besonders am Ringfinger der linken Hand, sieht man zusammenhängende Infiltrate von derb elastischer Konsistenz und braunroter bis dunkelblauer Farbe. Beide Unterschenkel zeigen diffuse Infiltration, innerhalb welcher stellenweise hämorrhagische Knoten auftreten. Ein größeres derbes Infiltrat befindet sich in der linken Kniekehle. Am oberen Teile der Glans befindet sich ein zirka kronenstückgroßes, bläulich-braunes, hämorrhagisch verfärbtes Infiltrat. Therapeutisch wurde Arsen intern sine effectu gegeben, dagegen wurde Besserung durch Röntgentheraphie. erzielt. Dauer des Leidens 2 Jahre. Weiters zeigt Redner einen tierfellähnlichen Nävus bei einem 25jährigen Manne.

Walter Hausmann macht eine vorläufige Mitteilung über die sensibilisierende Wirkung tierischer Farbstoffe und ihre physiologische Bedeutung.

Eduard Lang: Über Kleinlebewesen der Syphilis. Redner ist der Ansicht. daß man die Verständigung erleichtere, wenn man manche Verhältnisse begrifflich absteckt und natürliche und ungezwungene Nomenklaturen einführt. So nennt er Tiere, auf welche Syphilis überimpfbar ist. pathische Pallidawirte; möglich, daß diesen apathische Pallidawirte gegenüberzustellen sein werden, wo die Spirochaete pallida sich ansiedelt und vermehrt, ohne pathologisch-anatomische Veränderungen hervorzurufen. In pathischen Pallidawirten lassen sich stellenweise mikroskopisch oder experimentell Spirochäten nachweisen, die an ihrem Aufenthaltsorte pathologische Veränderungen nicht hervorgerufen hatten, demgemäß muß man pathische Lokalisationen und apathische Lokalisationen der Spirochaete pallida unterscheiden. Apathisch lokalisierte Spirochäten können auf andere Individuen übertragen. pathisch werden, wofür Experiment und Klinik Beweise bieten. Spirochäten bleiben oft in loko apathisch zurück, die mitunter wieder pathisch werden; man müsse somit auch somit auch mit pathischen Phasen und apathischen Phasen rechnen. Die Wanderung oder der Transport der Spirochäten vollzieht sich oft apathisch, aber auch pathisch.

Seit 1871 lehrt der Vortragende, daß es sich bei der Syphilis um ein Contagium vivum handle, das sich an der Stelle des Initialaffektes angesiedelt, im Gewebe vermehrt hat und durch die Gewebsäfte speziell durch die Zirkulation überallhin verschleppt wird und im Körper zu Syphilisprodukten führen kann. Der größte Teil des verallgemeinerten Kontagiums gehe zugrunde, ein kleiner Teil bleibe untätig liegen, der, bald früher, bald später, zu neuerlicher Propagation angeregt, Rezidiven veranlaßt. Von der ersten Verallgemeinerung des Syphilisvirus können somit auch innere Organe ergriffen werden, worauf den Vortragenden die klinische Beobachtung hinleitete; im Jahre 1878 erkannte er frühe Erkrankung der Nervenzentren, 1880 brachte er die Meningealirritation bei beginnender Syphilis zur Kenntnis und noch im selben Jahre wurde seine Voraussetzung, daß irritative Veränderungen auch im Auge vorkommen müssen, durch Isidor Schnabel bekräftigt, der über Ersuchen des Vortragenden sämtliche mit Initialaffekt behafteten Kranken der Syphilisklinik (Innsbruck) ophthalmoskopiert hatte. Es ließ sich somit um so bestimmter annehmen, daß Rezidiven im Auge oder sonst im Körper auch nach Jahren auf Residuen des Kontagiums zurückzuführen sind, die nach der ersten Verallgemeinerung zurückgeblieben waren. Lesser, der

später die gleiche Vorstellung vertrat und die Priorität des Vortragenden rückhaltlos anerkannte, hat nach der aus seiner Klinik hervorgegangenen Entdeckung der Spirochaete pallida auf die klinische Bedeutung dieser Tatsache hingewiesen und Erich Hoffmann, dem die Syphilisforschung soviel zu danken hat, verschmäht es nicht, dieser Auffassung den gebührenden Platz anzuweisen.

Fehlen pathische Lokalisationen, so ist das Aufdecken von apathischen Lokalisationen — Latenz der Syphilis — von der größten Tragweite. Der erste verheißungsvolle Schritt zur Serodiagnostik ist A. Wassermann zu danken. Seit Landsteiner wissen wir zwar, daß der Serodiagnose der Wert einer Antigen-Antikörperreaktion nicht zukommt, aber auch unter diesem Gesichtswinkel muß dem Verfahren große Bedeutung beigelegt werden, wenngleich die Verwertung für die Praxis große Vorsicht erheischt.

Die Frage der Immunität ist wohl die schwierigste. Besitzen gewisse Lokalisationen von Tieren, die nach Syphilisimpfung nie oder nur selten syphilitische Krankheitsprodukte aufweisen, für diese Partien eine natürliche Immunität? Ist die Immunität des größten Teiles der Haut bei niederen Affen, wo Initialaffekte nicht zu erzielen sind, eine relative oder eine absolute, d. h. ob die Spirochäten an solchen Stellen nur apathisch hausen oder überhaupt weder angehen, noch fortkommen? Nach Vakzinationsversuchen bei Kaninchen und Affen ist die Annahme einer partiellen Immunität zulässig. Neisser zieht die „Immunität“ in Zweifel, er läßt nur eine „Umstimmung“ zu; doch liegt darin keinerlei nene Betrachtung.

Der Verlauf der Syphilis kann vom erworbenen Kontagium (das quantitativ und qualitativ verschieden sein kann), von der Konstitution des Infizierten und von mannigfachen äußeren Umständen günstig oder ungünstig beeinflußt werden; die Statistiken, welche die Vorzüge der chronisch-intermittierenden Therapie dartun sollen, können diese Momente gar nicht berücksichtigen; es ist also irrig, anzunehmen, daß sich der Syphilisverlauf nur nach der spezifischen Therapie allein regelt. Die Heilbestrebungen sind um so wertvoller, je vorteilhafter sie Immunitätswirkung begünstigen und da darf die Anaphylaxie nicht übersehen werden; möglich, daß man auch mit Anaphylaxie von Medikamenten wird rechnen müssen (Doerr). Spezifische Immunkörper wirken in höherer Konzentration unter Umständen schlechter (R. Pfeifer); wichtig sind da auch Beobachtungen auf pharmakodynamischem Gebiete (Přibram und Goldschmidt); unter anderen zeigen sich zweiwertige Kationen zur Abschwächung bezw. Zerstörung von Toxin sehr geeignet; speziell betreffs des $HgCl_2$ sei erwähnt: „Eine 20fache Verdünnung der Normallösung schwächt das Toxin deutlich ab, eine 200fache weniger, die 2000fache gar nicht, während die 20.000fache und 200.000fache Verdünnung wieder stärker wirksam waren als die 200fache.“

Ist man da nicht verpflichtet, der chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis mit noch mehr Skepsis zu begegnen?

Mit der Präventivbehandlung lassen sich gute Resultate erreichen, wenn sie nicht später als zehn bis zwölf Tage nach Auftauchen der Initialmanifestation einsetzt; der Vortragende hat das Verfahren seit Jahren empfohlen. Die Richtigkeit seiner klinischen Reflexion — die besten Resultate der Präventivbehandlung seien zu erwarten, wenn die Sklerose erst zehn bis zwölf Tage besteht — erfährt durch die Versuche Queyrats, der in einer Anzahl von Fällen nur bis zum elften Tage nach Auftreten des Initialaffektes Autoinfektion oder, wie der Vortragende es nennt, postinitiale Infektion erzielen konnte, eine weitere, gewiß nicht zu unterschätzende Stütze.

Diese Präventivbehandlung ist eine merkurielle und scheint es wohl gleichwertig, welcher Applikationsart und welcher Präparate man sich hiebei bedient; es muß nur die eine Fundamentalregel hochgehalten werden, daß volle Dosen und volle Kuren hier ein schlechteres Resultat ergeben, weshalb — je nach der gewählten Methode — Inunktionen nur jeden zweiten oder dritten Tag und später noch seltener, subkutane Injektionen ähnlich reduziert anzuwenden und intern zu verabreichende Präparate in halben oder Dritteldosen usw. zu verordnen sind. Diese verdünnte Behandlungsart läßt sich ohne irgendeine Schädigung auf Monate ausdehnen. Der in solche Länge gezogenen Medikation paßt sich aber keine Dispensationsart so bequem an, wie die interne und hat sich der Vortragende seit Jahren schon zu diesem Zwecke ausschließlich seiner grauen Pillen bedient. Er läßt — um nur einen beiläufigen Anhaltspunkt zu bieten — mit einer Pille beginnen, jeden Tag um eine Pille ansteigen, bis zur Höhe von sechs Stücken, auf welcher etwa 14 Tage geblieben wird; sodann fällt man jeden zweiten Tag um eine Pille, bis auf drei Stücke und verabfolgt diese durch etwa zwei bis drei Monate; hierauf weitere Reduzierung in entsprechenden Zeiträumen auf zwei und schließlich auf eine Pille im Tage, so kann diese diluierte Behandlung ohne Besorgnis sich auf fünf bis sechs Monate ausdehnen.

Inwieferne das Prinzip einer milderen Behandlung auch in späteren Stadien der Syphilis heilsam anzuwenden wäre, das sollte die nächste Forschungsaufgabe der Anhänger der chronisch-intermittierenden Therapie bilden. *i. m.*

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

(Fortsetzung.)

Der Verlauf der ersten Sitzung in der Medizinischen Gesellschaft nach den Ferien gestaltete sich ganz ungewöhnlich lehrreich und auch im allgemeinen Teilnahme erregend. Zuerst demonstrierte Herr Zuelzer einen sehr schönen Tierversuch, der den Nachweis erbrachte, daß die Darmperistaltik, durch die Einspritzung eines spezifischen Erregungsstoffes in die Blutlaufbahn hervorgerufen werden könne. Der spezifische Reizstoff wird durch die Funktion der Magenschleimhaut, wie der Vortragende nachweisen konnte, geliefert, und zwar nur während des Verdauungszustandes. Es handelt sich demnach um eine wirklich physiologische Funktion der Magenschleimhaut. Am Projektionsbilde konnten sich die Anwesenden von der promten Wirkung des spezifischen Reizstoffes durch den Augenschein überzeugen. Die fortschreitend sich zusammenziehenden Darmschlingen des Versuchskaninchens boten einen fesselnden Anblick dar. Hierauf gab Herr Nagelschmidt einen Überblick über die Leistungen der Strahlungsheilmethode bei verschiedenartigen Erkrankungen, nicht bloß bei Hauterkrankungen. Er ließ eine ganze Schar von geheilten oder sehr gebesserten Kranken von den kritischen Blicken der Anwesenden Revue passieren. Der Vortragende schloß seine Demonstrationen damit, daß er feststellen konnte, die Heilmethode mit Röntgenstrahlen und mit Radiumemanationen habe sich nunmehr einen nicht mehr anzuzweifelnden Platz in der praktischen Medizin erworben. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Schmidt, Salfeld, Blaschko, Levy-Dorn. (Aus d. Berliner Mediz. Gesellsch.)

Hildebrand (Berlin), spricht über seine Erfahrungen über den Kropf und seine Behandlung.

Vortr. hatte während seiner Basler Tätigkeit Gelegenheit, Kröpfe häufig zu behandeln; er hat dort etwa 10 mal so viel operiert, als in der Charitee. Die Größe des Kropfes ist nicht das Wesentliche, ja manche große auf die Brust herabhängende mächtige Geschwülste machen weniger Beschwerden, als ganz kleine infolge ihres unglücklichen Sitzes. Entscheidend sind aber die Beziehungen zu den Nachbarorganen: Trachea, Oesophagus (was weniger bekannt ist; er wird komprimiert und nach rechts disloziert gefunden), ferner zu den Gefäßen und Nerven. Besonders wichtig ist die Verschiebung des Kropfes nach unten (substernale Struma), wobei der Kropf bis zum Aortenbogen reichen und unter Umständen von außen gar nicht oder nur bei tiefer Inspiration wahrgenommen werden kann. Die dadurch entstehende Kompression der Trachea mit konsekutiven Atembeschwerden und langdauernden Bronchitiden werden erst durch Entfernung des Kropfes beseitigt. Zu den genannten Organen, welche ungünstig beeinflußt wer-



den können, kommt noch manchmal das Herz (Irregularität und Frequenz des Pulses). Das Bild der Kropfkrankheit ist kein einheitliches, Vortragender hält es aber vorläufig für unmöglich, aus dem klinischen Befunde einen Rückschluß auf die anatomischen Veränderungen in der Schilddrüse zu ziehen; die Erfahrung zeigt nur, daß bei Jugendlichen die einfachen Hypertrophien, bei alten Leuten die kolloiden Kröpfe überwiegen, wozu sich bei älteren Individuen noch Vermehrung des Bindegewebes gesellen kann. Die Therapie habe in der letzten Zeit wenig Fortschritte gemacht und verfüge noch immer nur über Jod und seine Komponenten einerseits, die Operation andererseits. Die äußerliche Jodanwendung sei zwecklos, die Injektion nicht ungefährlich (Todesfälle; Erschwerung der eventuell später nötig werdenden Operation durch Verwachsungen). Innerlich habe das Jod zweifellos eine gewisse Wirkung, aber nur bei jugendlichen Individuen; das gleiche gelte für die Schilddrüsenpräparate. Sie wirken alle eben nur auf relativ normales, einfach hyperthrophisches Gewebe, nicht auf entartetes. Deshalb sei beim Kropf der älteren Leute die Operation die einzig aussichtsreichste Therapie. Von den zwei für die Operation in Frage kommenden Methoden. Enukleation und Exstirpation, hält Vortragender erstere für nur sehr selten zweckmäßig (Zysten); die zweite führt er, wenn irgend möglich, ohne Narkose, nur unter Kokainanästhesie aus. Diesen Mangel einer allgemeinen Narkose läßt sich das Berliner Publikum nicht so allgemein gefallen, wie das schweizerische und hier in Berlin sind wiederum die gebildeten Patienten der Privatpraxis eher geneigt, auf die Narkose zu verzichten und die Unbequemlichkeit (eigentlicher Schmerz sei nicht vorhanden) in den Kauf zu nehmen, als die Patienten der Klinik. Die Mortalität beträgt etwa 0·3—0·5%. Tod in solchen Fällen durch Pneumonie, Nachblutung, Herzschwäche (zumal wenn schon schwere Herzdegeneration vorhanden). Mit Rücksicht auf die, wenn auch sehr geringe Gefahr, will Vortragender bei älteren Leuten nicht aus kosmetischen Gründen operieren, sondern nur, wenn Beschwerden vorhanden sind. Bei malignen Strumen ist die Prognose sehr ungünstig, da diese Tumoren eine große Neigung zu Infiltrationen und Blutmetastasen haben. Die Operation kommt meist zu spät, besonders da die Patienten sich lange sehr wohl befinden und keine Veranlassung haben, zum Arzt zu gehen. Auch dies sei eine Warnung, jeden Kropf älterer Leute der Beschwerden macht, zu operieren. (Berliner mediz. Gesellsch.)

V. Literatur.

Kompendium der Lichtbehandlung Von Dr. H. E. Schmidt, Berlin. Verlag von Georg Thieme, Leipzig.

Ein gutes Buch, das sich vermöge seiner knappen und doch klaren Darstellung, sehr gut gewählter und gelungener Illusrationen zur Einführung in die Lichttherapie ausgezeichnet eignet. Daß Verfasser in ein für praktische Ärzte bestimmtes Buch die Röntgentherapie nicht aufgenommen hat, ist durchaus zu loben. Alle anderen Behandlungsmethoden, wie: Finsen-, Eisen- und Quecksilberlicht, Glühlicht-, Bogenlichtbehandlung, sowie die Sonnenbäder werden unter Präzisierung der Indikationen dem neuesten Standpunkte entsprechend besprochen.

Kritik der reinen Vernunft. Von Immanuel Kant. Volksausgabe. Preis 1 Mk. Alfred Kröner, Leipzig.

Die vorliegende Volksausgabe eines der berühmtesten Bücher der Weltliteratur enthält den genauen Textbestand der zweiten Auflage der „Kritik der reinen Vernunft“ vom Jahre 1787, der von Kant selbst als der allein maßgebende betrachtet worden ist. Kr.

VI. Notizen.

Rudyard Kipling und der Ärztestand. Man schreibt aus London: Was George Bernard Shaw über die Ärzte und ihre Wissenschaft denkt, ist bekannt und nicht schmeichelhaft. Nun hat auch Rudyard Kipling sein Herz über die Ärzte ausgeschüttet. Bei Verteilung der Preise an der mit dem (Londoner) Middlesex-Hospital in Verbindung stehenden klinischen Schule sagte Kipling am Donnerstag nachmittags in humorvoller Laune: „Es wird, meine Herren, Ihrer beruflichen Beobachtung nicht entgangen sein, daß die Menschheit bloß in zwei Klassen zerfällt — in Ärzte und Patienten. Ein Ein Arzt sagte mir, alle Patienten seien, sowie es sich um die Symtome ihrer eigenen Leiden handle, phänomenale Lügner. Als Patient sprechend, möchte ich behaupten: Der durchschnittliche Patient blickt





auf den durchschnittlichen Arzt ebenso, wie der Nichtkombattant auf die für ihn kämpfenden Kombattanten blickt. Je mehr geschulte Männer zwischen seinem Körper und dem Feinde stehen, desto besser dünkt ihm das. Es ist natürlich ein wenig bedauerlich, daß der Tod, als der am längsten Praktizierende, am Ende siegen muß. Aber wir Nichtkombattanten, wir Patienten trösten uns mit dem Gedanken, daß es Ihre Sache sein wird, vom Tod die besten Bedingungen für uns herauszuschlagen, zu sehen, wie seine Attacken am längsten verzögert oder abgelenkt werden können, und wenn er auf seinem Angriff besteht, zu erwirken, daß dieser nach den Regeln zivilisierter Kriegführung erfolge. Die Welt hat schon lang beschlossen, daß Sie keine feste Arbeitszeit haben, die man respektieren müßte, und daß nichts, ausgenommen alleräußerste Krankheit, für Sie als Entschuldigung gelten soll, wenn Sie einem Manne zu irgend einer Stunde des Tages oder der Nacht, wo er Ihre Hilfe zu benötigen glaubt, diese Hilfe verweigern. Die Welt kümmert sich nicht darum, ob Sie im Bett, oder im Bad, oder im Theater sind, wenn irgend ein Menschenkind Schmerz oder Leiden fühlt. Sie werden gerufen, und das bißchen Lebenskraft, was Sie in ihrer Muße gesammelt haben mögen, wird aus Ihnen wieder herausgezogen. Und zu jeder Zeit von Überschwemmung, Hungersnot, Pest, Pestilenz, Schlacht, Mord und plötzlichem Tod wird man von Ihnen verlangen, daß Sie sofort auf Posten gehen und solange auf Posten bleiben, bis Ihre Kräfte versagen oder Ihr Gewissen Sie entläßt. Daß ist Ihre Position. Das sind einige von Ihren Verpflichtungen, und ich glaube nicht, daß sie leichter werden. Es ist Gesetz, daß Sie andere retten müssen. Es ist kein Gesetz, daß Sie sich selbst retten müssen. Mit anderen Worten: Sie sind eine privilegierte Klasse. Darf ich einige Ihrer Privilegien anführen? Sie und Monarchen sind die einzigen Leute, deren Ausrede der Polizeimann wegen Schnellfahrens mit dem Automobil akzeptiert. Gegen Vorweisung Ihrer Visitkarte können Sie durch die aufgeregteste Menge ungehindert, ja unter Beifall, Ihren Weg machen. Lassen Sie eine gelbe Fahne über einem Bevölkerungszentrum flattern, so können Sie es in eine Wüste verwandeln. Lassen Sie die Rote Kreuz-Fahne über eine Wüste flattern, so können Sie diese in ein Bevölkerungszentrum verwandeln, nach dem, wie ich selbst gesehen habe, die Leute auf Händen und Knien kriechen werden. Sie können irgend ein Schiff von der Einfahrt in irgend einen Hafen der Welt abhalten. Wenn Sie es für die Zwecke einer Operation nötig halten, können Sie einen Dampfer mit 20.000 Tonnen und mit der Post an Bord auf hoher See stoppen, bis die Operation vorüber ist. Sie können veranlassen, daß ganze Straßen von Häusern niedergerissen oder verbrannt werden, und Sie können dabei auf die eifrige Mitwirkung der Truppen rechnen. Wir armen Patienten disputieren nicht einmal ärztliche Aufträge, wenn wir nicht durch eine lange Dauer von Epidemien in Furcht oder aus dem Gleichgewicht gebracht sind. In diesem Falle sagen wir, wenn wir unzivilisiert sind, daß Sie die Brunnen zu Ihrem Vorteil vergiftet haben, und wir steinigen Sie. Wenn wir zivilisiert sind, tun wir was anderes; aber auch zivilisierte Menschen können Steine werfen. Sie sind gegenwärtig vielleicht die einzigen, die der Welt zu sagen wagen, daß wir aus einer Maschine nicht mehr herausbekommen können, als wir hineinstecken, und daß, wenn die Väter verbotene Frucht essen, die Zähne der Kinder schlecht sind. Ihre Schulung zeigt Ihnen, daß die Dinge sind, was sie sind, und sein werden, was sie sein werden, und daß wir bloß uns selbst täuschen, wenn wir was anderes vorgeben, Ich wünsche Ihnen allen Arbeit, nur genügend Arbeit.“

Unter dem Titel „Bibliothek für Alle. Illustrierte Monatsbände für jung und alt“ beginnt soeben ein Unternehmen zu erscheinen, welches sich infolge reichhaltigen Inhalts und schöner Ausstattung bei äußerst billigem Preise vorteilhaft auszeichnet. Erste Autoren und Künstler haben Originalbeiträge und ihre Mitarbeit zugesichert, wodurch eine Garantie geboten ist, daß den Abonnenten stets interessante und abwechslungsreiche Lektüre geboten wird. In der „Bibliothek für Alle“ wird vertreten sein: Novelle, Roman, Kriminal- und Detektivverzählung, Humoreske, sowie kleinere Artikel unter der Rubrik: Für unsere Frauen, Ärztliche und Juristische Plauderecke, Haus- und Landwirtschaft, Allerlei, Humoristisches, Rätsel- und Spielecke. — Der Abonnementspreis dieser wöchentlich erscheinenden Bibliothek beträgt nur 75 h pro Band, wodurch jedermann Gelegenheit gegeben ist, sich eine schöne und billige Unterhaltungsbibliothek bequem anzuschaffen. Prospekte und Probebände liefert jede Buch- und Kolportagehandlung oder Zeitschriftenexpedition sowie Hauptauslieferungsstelle der „Bibliothek für Alle“ R. Lechner & Sohn, Wien I, Seilerstätte 5.





PYRENOL

Kräftiges Expektorans und Sedativum

Mildes Antifebrile und Antirheumaticum.

Dosierung:

1. Bei Erkrankungen der Respirationsorgane: Mehrere kleinere oder mittlere Dosen (4 6mal tägl. 0,5—0,75 g Pyrenol für Erwachsene, 0,1—0,4 g für Kinder.)

a) **Pertussis.**

Rp. Sol. Pyrenol 2,00—5,00/100,00.
Liq. Ammon. anis. 3,00 }
Succ. Liquir. 5,00 } oder Sir. Rub. Jd. 20,00.
S. Ein Kinderlöffel voll 3—6mal tägl. o o o Diese Dosis genügt, um eine deutliche sedative Wirkung zu erzielen.

b) **Pneumonie u. akute Bronchitis.** 6mal tägl. 0,5 g Pyrenol, am besten in Tablettenform, (1 Originalglas 20 Tabletten à 0,5 g = 1 Mk.), um gleichmäßig mild das Fieber etwas niedriger zu halten, um profuse Schweißausbrüche zu vermeiden und dauernd die Expektoration zu erleichtern. Kindern — speziell bei **Masern** ist Pyrenol von vortrefflicher Wirkung — entsprechend weniger (6mal tägl. 0,1—0,3 g). **Rezept wie oben 1 a.**

Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten für Ärzte und Studierende von Professor Norbert Ortner — Prof. Frühwald: Pag. 332. — Asthma bronchiale „Wo eine intensive Bronchitis asthmatika besteht, habe ich in mehreren Fällen auch das Pyrenol (3—4 gr. p. die wirksam gefunden, das übrigens nach Angabe anderer auch den Anfall als solchen günstig beeinflußen soll“. Pag. 352. — bei Lungenemphysem. „Auch möchte ich zur versuchsweisen Anwendung des Pyrenol auf Grund eigener guter Erfahrungen zuraten.“ — (S. nachstehend.)

c) **Asthma bronchiale:** 6mal tägl. 0,5 g Pyrenol (ebenfalls am besten in Tabletten), sonst 4mal tägl. 0,5 g; im Anfall selbst stündlich 1 g bis 5 g p. die.

„Wiener klinische Rundschau,“ Nr. 48, 1906, Dr Bass: „Die **Anwendung von Pyrenol** gestattete mir jedoch dem Patienten, der bei schlechtem Wetter an heftiger Dyspnoe erkrankte, trotz Fortdauer der ungünstigen Witterung eine bedeutende Erleichterung zu verschaffen. Die Expektoration war natürlich ebenso reichlich wie sonst, nur konnte Patient am dritten Tage des Pyrenolgebrauchs viel leichter aushusten und auf dem Sofa ausruhen, ohne daß ihn ein asthmatischer Anfall zum Verlassen der horizontalen Lage veranlasst hätte.

d) **Influenza,** die ihren Symptomen nach einen Übergang bildet von den Respirations- zu den rheumatischen sog. Erkältungskrankheiten — etwas höhere, aber auch häufige Dosen, 4mal tägl. 1 g Pyrenol, am besten in 2 Tabletten à 0,5 g, um eine deutlich schmerzlindernde Wirkung zu erzielen. Sobald Fieber und Schmerzen nachgelassen, genügen 4mal tägl. 0,5—0,75 g.

2. Bei akuten Infektionskrankheiten (besonders Masern, Typhus, wobei der expektorierende Faktor des Pyrenols zur besten Wirkung kommt) als Antifebrile in zahlreichen kleinen Dosen: (S. 1b.) — 6mal tägl. 0,1—0,3 g für Kinder, 0,3—0,75 g für Erwachsene.

„Deutsche Med. Presse“ Nr. 19, Berlin 1907. Dr. Schütte: Fall 7: Der Weber August K. in H., 54 J. alt, litt an Lungenphthise und tuberkulösen Geschwüren im Kehlkopfe, wodurch ihm viel Schmerzen, Hustenqual und Athmungsbeschwerden verursacht wurden. Innerlich reichte ich „Pyrenol“ in Tablettenform 4mal täglich 2 Stück, welche ich aber, da sie nicht verschluckt werden konnten, zerrieben und in eine halbe Tasse Milch eingerührt geben liess. Auch hier machten sich neben der mild expektorierenden Wirkung des Präparates besonders die sedativen Eigenschaften desselben hervorragend bemerkbar. Der Kranke hatte weniger Schmerzen im Halse, konnte besser schlucken und wurde von Husten und Atembeschwerden weniger gequält.

Ausgezeichnete Erfolge beim **Fieber der Phthisiker.** Dosierung: 2-3-4-5mal täglich 0,5 g Pyrenol.

PYRENOL kann in der vollen therapeutisch. Dosis Herzkranken wochenlang ohne Bedenken ordiniert werden.

PYRENOL greift niemals Herz, Darm oder Nieren an.

Die Mannigfaltigkeit in der therapeutischen Wirkungsweise und Verwendbarkeit des Pyrenol ist bekannt; sie ergibt sich aus der chemischen Zusammensetzung.

Rezeptformeln:

*Rp. **1 Originalglas, 20 Pyrenoltabletten à 0,5 gr. = 1 Mk.***

Rp. für Erwachsene: Pyrenol 8-10,00
Liq. ammon. anis 5,00 }
Succ. Liquir. 10,00 } oder Syr. Rup. Jd, 20,00
Aq. dest. ad 200,00
Vor dem Gebrauch zu schütteln.
S. 2—3stündl. 1 Esslöffel.

Rep. für Kinder: Pyrenol 2—3—4,00
Liq. ammon. annis. 3,00 }
Succ. Liquir. 6,00 } oder Syr. Rub. Jd. 20,00
Aq. ad 100,00
Vor dem Gebrauch zu schütteln.
S. 2—3stündl. 1/2—1 Kinderlöffel je nach dem Alter.

***Die hier gegebenen Verordnungen werden gern genommen;** sie machen auch den geschmacksempfindlichsten Patienten das Einnehmen von Pyrenol angenehm. (S. auch Bronchisan.)*

*Für Kassen: (Pyrenol ist von allen Kassen zugelassen.) **20 Tabletten à 0,5 gr. Pyrenol (Originalglas) = 1 Mk.***

Dosierung für Erwachsene: 0,5—1,5 pro dosi; 2—3—6 pro die }
*„ „ Kinder: 0,1—0,5 „ „ 0,5—1,5—2 „ „ } in **kalten** Vehikeln.*

Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 47. Wien, 21. November 1908. Nr. 47.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Mitteilung
an die Mitglieder des „Zentralverbandes der Balneologen Österreichs".

„Der ‚Zentralverband der Balneologen Österreichs' teilt hiemit laut Beschluß der Ausschußsitzung vom 2. November mit, daß die mit den außerordentlichen Mitgliedern gemeinsame Versammlung Mitte Dezember stattfinden wird. Die bis jetzt in Aussicht genommenen fünf Vorträge betreffen:

1. Das Verhältnis der balneologischen Wissenschaft zur Prosperität der Kurorte;
2. die Kommunikationsverhältnisse der Kurorte;
3. den Bau und die Einrichtung von Badeanstalten;
4. die Milchwirtschaft und
5. die Straßenpflege in den Kurorten.

Als Schluß wird ein geselliger Abend vorbereitet. Das endgültige Programm wird rechtzeitig bekanntgegeben werden."

Über die Entfettungskuren im Allgemeinen und die Karellkur im Besonderen.

Von **Dr. L. S. Mosler.**

(Fortsetzung.)

Was dabei an Verbrennungsenergie dem Körper zuwächst, wächst auch nur dem Masseur zu, nicht aber dem Massierten; nur indirekt nützt das Massieren der Entfettung, indem dadurch ein etwaiges Fußleiden beseitigt und die Bewegungsmöglichkeit erhöht, oder die Darmmuskulatur angeregt und die Verdauung gefördert wird. Das Wandern, namentlich das Bergsteigen greift viel stärker ein. Wenn jemand z. B. ein Gewicht von 100 *kg* hat, und jeden Tag einen Weg macht, der ihn nur 300 *m* hoch und wieder herunterführt, so braucht er im Laufe des Jahres 16 *kg* Fett dazu. Man kann also mit einem systematischen täglichen Spaziergang viel erreichen. Die Schilddrüsenfütterung bewirkt eine Steigerung der Verbrennung. Wenn jemand ohne Schilddrüsenzufuhr per Kilogramm und Minute 3 cm^3 Sauerstoff verbraucht, so steigt unter der Einfuhr einer entsprechenden Menge von Thyreoidalsubstanz der Verbrauch auf 3—4 cm^3. Der Sauerstoffverbrauch ist das Maß für den Stoffwechselumsatz. Die Schilddrüsenfütterung birgt aber Gefahren für das Herz, auch kann sie eine schlummernde Diabetes zum Ausbruch bringen. Noorden wendet sie daher nur bei Kindern und bei gewissen Zwischenformen des Myxödem, die mit starkem Fettansatz einhergehen, und die N. hauptsächlich bei jüdischen Frauen aus Galizien und Rußland beobachtete.

Allen diesen Methoden ist es gemeinsam, daß sie nur mit der Verwendung der Wage bei jeder Mahlzeit durchführbar sind. Deshalb ist in letzter Zeit eine alte, halb vergessene Methode der Entfettung, die die Wage ganz überflüssig macht, neuerdings wieder zu hohen Ehren gekommen. Th. Karell gab sie im Jahre 1868 in den Archives generales de medécine an und sie ist auch seither in Frankreich sehr beliebt.

Die Kur besteht in folgendem: Der Kranke erhält viermal im Tag um 8, 12, 4 und 8 Uhr je 200 cm^3 abgekochter oder roher Milch von beliebiger, seinem Geschmack entsprechender Temperatur. Außerdem wird keinerlei Flüssigkeit oder feste Nahrung während der ersten 5—7 Tage erlaubt. In den darauffolgenden 2—6 Tagen gibt man außer der zu gleicher Zeit und in der gleichen Menge verabreichten Milch leichte Zusätze; zunächst nur ein Ei (um 10 Uhr) und etwas Zwieback (um 6 Uhr); dann zwei Eier und etwas Schwarz- oder Weißbrot, am folgenden Tag dazu gehacktes Fleisch, Gemüse oder Milchreis, so daß allmählich in 2—6 Tagen, etwa 12 Tage nach Beginn der Kur, der Übergang zu voller gemischter Kost erfolgt, bei der dann in den meisten Fällen die Milch möglichst beibehalten oder teilweise durch Tee ersetzt wird. ohne daß in den folgenden 14 Tagen bis 4 Wochen die Gesamtmenge der Flüssigkeit 800 cm^3 übersteigt. Wichtig ist, daß während der ganzen Kur für regelmäßige Stuhlentleerung wenn nötig durch Abführmittel gesorgt wird. Wie L. Jacob mitteilt, wird diese Kur im Eppendorfer Krankenhause in Hamburg von Prof. Lenhartz bei chronischer Bronchitis und Emphysem, die mit Fettleibigkeit einhergehen, ferner bei Erkrankungen des Herzens, die mit Stauungserscheinungen einhergehen, verordnet; außerdem natürlich bei Herzschwächezuständen, die als Folge der Fettsucht auftreten.

Morphium, das häufig schon vorher gegeben ist, kann in der Regel nach 1—3 Tagen, wenn die quälende Dypnoe und das Oppressionsgefühl beseitigt sind, ausgesetzt werden. Diese scheinbar sehr einschneidende Kur wird von den Patienten gerne beobachtet. Bei den meisten Kranken, die an schweren Schwächezuständen des Herzens mit Kompensationsstörungen leiden, besteht zugleich ein Stauungskatarrh des Verdauungsapparates, der Appetitlosigkeit



oder gar Widerwillen gegen jede feste Nahrung zur Folge hat. Die Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr wird nur in den ersten drei Tagen unangenehm empfunden.

Die Karellkur ist eine Entlastungs- und Schonungskur für das Herz. Vorbedingung für den Erfolg der Kur ist, daß eine genügende Höhe der Pulswelle vorhanden ist, so daß man eine gewisse Anpassungsfähigkeit des Herzmuskels annehmen kann; auch muß das Nierenparenchym noch einigermaßen leistungsfähig sein, um Wasser und Salze ausführen zu können. Das wesentliche der Kur ist, daß das durch plötzliche übergroße Anstrengung geschädigte oder durch Wochen und Monate überarbeitete Herz rasch möglichst entlastet wird und nur ein Mindestmaß von Arbeit, das es gerade noch vollkommen, ohne Rückstände zu lassen, bewältigen kann, zu leisten braucht. Bei strengstem Ausschlusse aller das Herz anstrengenden Arbeit, das heißt bei absoluter Bettruhe werden in bestimmten Intervallen immer nur sehr kleine, aber bei der darniederliegenden Assimilationsfähigkeit des Organismus ausreichende Mengen der leichtest aufzunehmenden Nahrung zugeführt, die alle wichtigen Nahrungsstoffe enthält.

Während Jacob mehr die Entfettung als therapeutisches Hilfsmittel bei darniederliegendem Organismus im Auge hat, hat F. Moritz die Karellkur als reine Entfettungskur an der Straßburger Klinik angewendet.

M. hat mit dieser Kur ausgezeichnete Erfolge gehabt. Der Gewichtsverlust ist meist ein sehr beträchtlicher, ohne daß die Kranken Durst zu leiden brauchen oder, trotz bedeutender Unterernährung, von besonderem Hunger gequält werden. Es ist ja bekannt, daß der Milch die Eigenschaft „zu sättigen" stark zukommt. Es ist ein besonderer Vorzug, daß diese Milchkur das Gegenteil einer Durstkur ist, weil durch die Durstkuren, deren Nutzen nicht erwiesen ist, die Fettleibigen oft geschädigt werden.

Ihre sonstigen Vorzüge sind folgende: Vor allem ihre Einfachheit. Die kalorische Behandlungsweise ist selbst für einen erfahrenen Arzt keine leichte Aufgabe. Nicht minder lästig und schwierig ist sie für den Patienten. Die appetitanregende Wirkung verschiedener zubereiteter Speisen läßt ihn überdies den Hunger, auf den alle Entfettungskuren hinauslaufen, besonders fühlbar werden. Die Abneigung, die manche Menschen gegen Milch haben, bietet nur selten ein Hindernis. Der rasche Erfolg der Kur macht auch anfänglich widerstrebende Individuen in der Regel ihrer Fortführung geneigt. Der Arzt, der sich erst einmal von den Vorzügen der Milchkur überzeugt hat, wird übrigens seine Zuversichtlichkeit auch auf den Patienten übertragen. Das Tempo, in dem man die Entfettung vor sich gehen läßt, richtet sich nach dem Befinden des Kranken. Die Gewichtsverluste der ersten Tage sind nicht maßgebend. Sie beruhen trotz der nicht unbeträchtlichen eingeführten Wassermengen hauptsächlich auf Ausscheidung des im Körper retinierten Wassers. Nach kurzer Zeit stellt sich aber dann der tägliche Gewichtsverlust auf eine geringere Größe ein, die dann während langer Zeit annähernd gleich bleiben kann, und nun durch Einschmelzung entsprechender Mengen vom Körpergewebe bedingt ist. Nicht jeder Fettsüchtige erträgt eine Entfettung gleich gut, aber die Mehrzahl fühlt sich ganz wohl.

L. Brieger legt in seiner hydrotherapeutischen Anstalt Wert auf die Kombination der Karellkur mit Hydro- und leichter Mechanotherapie. Dabei können die Patienten natürlich nicht im Bett bleiben. B. hat dieses Verfahren bei Patienten, die an familiärer Disposition zur Fettsucht litten, erprobt, und zwar mit günstigem Erfolg. B. gibt aber vom ersten Tage auch zwei Eier und zwei Brote täglich. Der Stuhlgang war stets in Ordnung, was bei den anderen Entfettungskuren, insbesonders bei

Feuilleton.

Die klinische Beurteilung des Schmerzes.

Von **Alfons v. Rosthorn.**

(Fortsetzung.)

Klinische Beobachtungen bieten in dieser Hinsicht vielleicht eher einige Anhaltspunkte. So läßt sich aus der Tatsache, daß den mit Bauchfell bekleideten Teilen des Sexualsystemes keine der vier bekannten Gefühlsqualitäten (Druck-, Wärme-, Kälte-, Schmerzgefühl) zukommt und dieselben sich allen Arten von Reizen, seien sie chemischer, thermischer, elektrischer Art, gegenüber vollkommen refraktär erweisen, wohl der berechtigte Schluß ziehen, daß diese ähnlich den übrigen Bauchorganen, wenigstens in diesen Abschnitten nur vom Sympathikus versorgt werden.

Denn schon seit Hallers und Magendies Experimenten, ihren Reizungs- und Exstirpationsversuchen an den sympathischen Geflechten der Bauchhöhle, war allen vom Sympathikus versorgten Organen die Auslösung von Schmerzempfindung abgesprochen worden.

Unsere eigenen Erfahrungen gehen dahin, daß selbst die Totalexstirpation der Gebärmutter ohne Anwendung irgendeiner Anästhesierungsmethode oft nahezu schmerzlos zur Ausführung gebracht werden kann. Nur ein starker Zug an den Ligamenten und die Durchtrennung der oberhalb der Scheidengewölbe, also parazervikal gelegenen Bindegewebsmassen, löst Schmerzen aus. Auch an den Eierstöcken und Eileitern können allerlei Prozeduren (Stechen, Schneiden, Brennen etc.) vorgenommen werden, ohne daß die Operierten über irgendwelche Schmerzen Klage führen. Erst die Zerrung eines Ovarialstieles oder dessen Unterbindung merkt die Kranke. Es stimmt dies völlig überein mit den neueren Erfahrungen der Chirurgen an anderen Organen der Bauchhöhle (Darm, Leber, Niere), besonders mit den Ergebnissen der systematischen, eigens darauf gerichteten Untersuchungen Lennanders, welcher gelegentlich der Vornahme von Operationen unter lokaler Anästhesie, also ohne Ausschalung des Bewußtsein, über die Sensibilität dieser Organe gesammelt werden konnten. Diese Prüfungen ließen Lennander die These aufstellen, daß die vom Sympathikus und Vagus innervierten Organe keinerlei Nerven besäßen, welche imstande wären, das Berührungs-, Wärme-, Kältegefühl und die Schmerzempfindung auszulösen. Die bei Erkrankung dieser Organe in ihnen sich etablierenden, deutlich lokalisierten Schmerzen entstehen nach dieser Lehre nur dann, wenn die Reize die in der benachbarten Subserosa der Bauchwand oder die im Zwechfelle gelegenen sensiblen spinalen Elemente zu erreichen vermöchten. So erklärt sich Lennander den das eine Mal schmerzfreien, das andere Mal äußerst schmerzhaften Verlauf einer Appendizitis, je nachdem durch das Fortschreiten des entzündlichen Prozesses das parietale Bauchfell oder das retroperitoneal verlaufende Lymphgefäßsystem mit ergriffen sind oder nicht. Gezwungener und daher unwahrscheinlich erscheint uns Lennanders Hypothese über die Entstehung des Darmkolikschmerzes, welche gleich der von Wilms modifizierten Anschauung Darmsteifung und dadurch bedingte Beeinflußung der vorderen empfindlichen Bauchwand oder Zerrung des Mesenterialansatzes voraussetzen. Von L. R. Müller wurde diese unter Hervorhebung der Tatsache zurückgewiesen, daß die heftigsten Kolikschmerzen auch ohne Darmsteifung zustande kämen (Colica saturnina — angiospastischer Darmschmerz bei Arteriosklerose der Darmgefäße), die ganze Lehre Lennanders aber mit dem Bedeuten, daß aus der Unempfindlichkeit gegen die erwähnten Reizarten noch nicht geschlossen werden dürfe, daß jene Organe vollständig der schmerzleitenden Bahnen entbehrten.

Gegenteilige Anschauungen, daß dem Sympathikus doch ein gewisser Grad von Sensibilität, unter gewissen Umständen eine Empfindlichkeit gegen schmerzliche Erregungen zuzugestehen sei, gehen bereits auf Johannes Müller zurück und haben in neuerer Zeit immer mehr Anhänger gefunden. In einem Aufsatze von M. Buch sind alle jene physiologischen Momente zusammengestellt, die zur Argumentation führen.

den Trockenkuren, nicht der Fall ist, wodurch diese Kuren sich sehr qualvoll gestalten. Ferner wurde durch diese modifizierte Karellkur das Herz gekräftigt und das Nervensystem gestärkt, was bei den meisten anderen Kuren gerade ins Gegenteil umschlägt.

Durch die hydriatischen und mechanischen Prozeduren werden die Oxydationsprozesse angeregt und so das Fett zur Verbrennung gebracht. In der hydrotherapeutischen Anstalt werden Bewegungsbäder, in der Gestalt der Schwenkbäder, gebraucht; sie gestatten durch allmähliche Zunahme der in Bewegung zu setzenden Wassermassen eine fein abgestufte Muskelarbeit unter Kontrolle von Puls und Atmung. Kollapszustände wurden nie beobachtet. (Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator**.

(Reform der Krankenversicherung. — Gegen die Trunksucht.)

Die Wichtigkeit des neuen Regierungsentwurfes für Sozialversicherung erheischt ein näheres Eingehen auf seinen Inhalt. Zunächst soll uns die Reform der Krankenversicherung beschäftigen. Eine wesentliche Erweiterung erlangt der Kreis der krankenversicherungspflichtigen Personen durch die Einbeziehung aller land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter und der häuslichen Dienstboten. Hiedurch werden mehr als drei Millionen Personen der Krankenversicherung zugeführt. An bedeutsamen Reformen in der Krankenversicherung sind hervorzuheben: Die Ausdehnung der längsten Unterstützungsdauer von 20 Wochen auf ein Jahr, die Umwandlung der dreitägigen bedingten Karenzzeit in eine eintägige unbedingte, die Bemessung der Wöchnerinnenunterstützung mit dem Anderthalbfachen des täglichen Krankengeldes auf die Dauer von vier Wochen unter der Voraussetzung, daß sich die Wöchnerin der Lohnarbeit enthält. Für die Krankengeld- und Beitragsbemessung gilt die Lohnklasseneinteilung der Invalidenversicherung, jedoch mit der Maßgabe, daß die Lohnklassen 2 bis 4 in je zwei Lohnklassen untergeteilt sind, um eine bessere Annäherung an die tatsächlichen Lohnverhältnisse zu erreichen. Sorgfalt ist der Regelung des ärztlichen Dienstes gewidmet. Die Kassen können die Behandlung der Mitglieder bestimmten Ärzten übertragen, sie können aber auch die freie Ärztewahl einführen. Für die Austragung von Streitigkeiten zwischen den einzelnen Ärzten und Kassen ist vorgesorgt. Konflikte zwischen Organisationen der Ärzte und Krankenkassen sollen durch Einigungskommissionen beigelegt werden. Die Krankenversicherung bleibt, wie bisher, lokal organisiert. Als Träger fungieren die bisherigen Kassengattungen mit Ausnahme der Baukrankenkassen, doch werden Betriebs-, Genossenschafts- und Vereinskrankenkassen nur soweit aufrechterhalten. als sie mindestens 200 Mitglieder zählen, was eine Reduktion der Zahl der bestehenden Kassen (ungefähr 3000) um mehr als ein Drittel zur Folge haben wird. Der Versicherungsbeitrag fällt wie bisher zu einem Drittel dem Dienstgeber und zu zwei Dritteln dem Versicherten zur Last, im gleichen Verhältnisse werden diese Kategorien in den Verwaltungskörpern vertreten sein.

Freiwillig können sich nichtversicherungspflichtig Personen in Krankenkassen aufnehmen lassen, wenn sie jährlich nicht mehr als K 3600 verdienen; wer aber mehr als K 2400 Einkommen hat, hat kein Recht auf freie ärztliche Behandlung und Medikamente, sondern nur auf Krankengeld. Die Kasse hat mit ihren Ärzten schriftliche Verträge einzugehen, in denen die beiderseitigen Rechte und Pflichten und die Honorarverhältnisse bestimmt sind. Die Unterstützungstätigkeit der Krankenkasse kann auch auf die Familienangehörigen des Versicherten ausgedehnt werden, die mit ihm im gemeinsamen Haushalte leben. Mehrere Kassen können einen Ver-

---

daß die Organschmerzen ihren Ursprung dem Sympathikus verdanken und daß demselben die Fähigkeit der Schmerzleitung zuerkannt werden müsse. Der Autor trachtet hiebei für die Annahme, daß die vom Sympathikus zu zerebrospinalen Nerven gehenden Irradiationen zum Teil wenigstens innerhalb des sympathischen Systems sich abspielen eine anatomische Basis zu gewinnen.

Die Verbindung zwischen Sympathikus und Zentralnervensystem ist bekanntlich durch die Nervi splanchnici und durch die Rami communicantes hergestellt. Mittels der letzteren gelangen außerdem von keiner Seite mehr angezweifelte, motorische, wohl auch sensible markhaltige Fasern aus dem Rückenmarke in das sympathische System. Diese letzteren sollen nach K ö l l i c k e r zur Auslösung von Schmerzempfindungen in den Viszeralorganen vollkommen genügen. Bei der bekannten Intensität, welche diese Schmerzen zuweilen anzunehmen vermögen (Darm-, Gallenstein-, Nieren-, Gebärmutterkolik, Schmerzen beim Ulcus ventriculi) wird von mancher Seite angenommen, daß die Schmerzleitung unter pathologischen Verhältnissen in den Sympathikusfasern selbst gesucht werden müsse. Die Tatsache, daß das Bauchfell normalerweise vollkommen unempfindlich ist, bei entzündlichen Veränderungen jedoch zu dem schmerzreichsten Organe wird, ist von V o l k m a n n in hypothetischer Weise so gedeutet worden, daß eben unter diesen abnormen Verhältnissen Reizungsbahnen eingeschlagen werden können, welche sonst nicht benützt zu werden pflegen (Überspringen des Reizes auf andere Leiter, R e i l s Isolatorentheorie). Daselbst wird auch der Beobachtung S ö m e r i n g s, daß die sympathischen Nervenfasern nur dann Schmerzen erregen, wenn sie stark gedehnt werden, jener B r a c h e t s, daß dieselben erst einige Zeit nach ihrer Freilegung erregbar und auch gegen mechanische Reize empfindlich werden, jener V a l e n t i n s, daß die Verbindungsfäden zwischen Rückenmark und Sympathikus eine große Empfindlichkeit aufweisen, Erwähnung getan. W u n d t erklärt, daß die sympathischen Nervenzellen nicht nur den vom Zentralnervensystem ausgehenden, sondern auch den in zentripetaler Richtung auf sie fortgepflanzten Erregungen Widerstand entgegensetzen. Erst bei großer Intensität des Reizes soll die Erregung die Hemmungstation in den Ganglienzellen überwinden und dieselben dann erst passieren. Schwache Erregungen kommen daher nicht zum Bewußtsein; sie äußern sich nur in Form von Reflexen, die unter der Bewußtseinschwelle verlaufen.

Sie sehen, immer ausgesprochener verschafft sich die Vorstellung Geltung, daß auch der Sympathikus mit sensiblen Elementen ausgestattet sei.

Unsere heutigen Kentnnisse von den verschiedenen Reflexmechanismen, ebenso wie jene über Mitempfindungen, jene vielfachen Irradiationen, welche die Erkrankungen der vom Sympathikus versorgten Organe zu begleiten pflegen, dürften dieser Lehre eine noch festere Stütze verleihen. Zur Auslösung von Reflexen bedarf es zentripetaler Leitungsbahnen, dabei mag der Reflexbogen in das Rückenmark oder in den Ganglienapparat des autonomen Systems verlegt werden. Das letztere wird bei der dem Sympatikus zugesprochenen Selbständigkeit für die Auslösung der motorischen Reflexe jetzt allgemein angenommen.

Q u i n c k e hat seinerzeit den Versuch gemacht, die bei krankhaften Prozessen sich so häufig geltend machenden irradiierten Empfindungen übersichtlich zu ordnen. Er unterscheidet: 1. Miterregung sensibler Bahnen, wirkliche Mitempfindung (Überspringen der Erregung auf mehrere zentral gelegene Ganglienzellengruppen und Fortschreiten auf räumlich entfernte Gebiete); dabei die sogenannte paradoxe Empfindung (wenn die Reizung der primär erregten Bahn nicht zum Bewußtsein gelangt); Empfindungshemmung schmerzstillende Wirkung gewisser Hautreize, Empfindungsalteration. 2. Reflexbewegung (Lidschlag, Schlucken ohne Empfindung des sensiblen Reizes — ferner Lidschlag, Husten bei Fremdkörperreiz). Der Reflex vermag eine Erregung sensibler Nerven hervorzurufen (kinogene Empfindung — Tenesmus, Kolik, Juckreis). 3. Mitbewegung (muskuläre Mitemfindung). 4. Nervöse Vorgänge (Angstschweiß, Angstdiarrhoe, Weinen, Speichelsekretion bei Vorstellungen, Schauergefühl). (Forts. folgt.)



band bilden, um gemeinsame Verträge mit Ärzten und Apotheken zu schließen.

Die Regierung hat im Abgeordnetenhause den Entwurf eines Gesetzes, womit Bestimmungen zur Hintanhaltung der Trunksucht getroffen werden, eingebracht. Hiemit wurde neuerlich die legislative Aktion zur Bekämpfung jener Schäden und Gefahren eingeleitet, welche — wie statistische Daten und praktische Wahrnehmungen zeigen — der übermäßige Alkoholgenuß an der allgemeinen Hygiene, an der öffentlichen Moral und auch an der wirtschaftlichen Lage des Volkes herbeizuführen geeignet ist.

In seinem Aufbau und seiner Fassung lehnt sich der neu eingebrachte Gesetzentwurf hauptsächlich an die letzte Regierungsvorlage aus dem Jahre 1902 und an den hierüber vom Gewerbeausschusse des Abgeordnetenhauses erstatteten Bericht vom 9. Juni 1903 an. Der Entwurf ist in seinen drei Kapiteln „Gewerberechtliche Bestimmungen", „Privatrechtliche Bestimmungen", „Strafrechtliche Bestimmungen" von dem Bestreben geleitet, die Gelegenheit zur Trunksucht einzuschränken und gegen Trunksuchtsdelikte eine angemessene Repression zu schaffen, gleichzeitig aber an Einschränkungen der freien Erwerbstätigkeit und an Statuierung neuer Strafnormen nur dasjenige zu verfügen, was im Interesse der öffentlichen Hygiene und Moral unabweislich erscheint.

Die wichtigsten gewerberechtlichen Bestimmungen sind in der Konzessionierung des Detailhandels mit gebrannten geistigen Getränken in verschlossenen Gefäßen gelegen, welche Betriebsform bisher die gefährliche Quelle der Trunksucht bildete; weiter ist die Schaffung besonderer Kautelen für den Alkoholabsatz durch Automaten sowie die Überwachung und Reglementierung aller Absatzstellen in Aussicht genommen; die Festsetzung bestimmter Grenzen für die Zahl der zu verleihenden Konzessionen im Verhältnis zur Bevölkerung, die Schließung bestimmter Branntweinschenken an Sonn- und Feiertagen sowie zu Zeiten der Lohnauszahlungen bilden ein feststehendes und in nahezu allen Trunkenheitsgesetzen verwirklichtes Postulat der Volkshygiene, eine Schutzmaßnahme gegen die Gefährdung des einzelnen und der Familien vor dem Verluste des Wochenlohnes, vor Trunksuchtsanfällen und Gefährdung der öffentlichen Ruhe wie des häuslichen Friedens.

Die privatrechtlichen Bestimmungen richten sich gegen das Trinken auf Borg durch Normierung der Unklagbarkeit von Zechforderungen.

Die strafrechtlichen Bestimmungen enthalten gerichtliche Strafsanktionen für an sich strafbare Handlungen, die im Zustande der Trunkenheit begangen wurden, für die Vornahme besonders verantwortungsvoller Handlungen im trunkenen Zustande, für wiederholte Trunkenheit an öffentlichen Orten und für die Verabreichung von Alkohol an Trunkene.

Nach den Übergangsbestimmungen soll das Gesetz mit seinem Wirksamkeitsbeginn auf die Art der Ausübung aller Gewerberechte Anwendung finden; dagegen werden bestehende Rechte durch das Gesetz nur in bezug auf den Detailhandel berührt und sind auch in dieser Beziehung die befugten Detailhändler, welche ihre Gewerbebefugnis nach der Gewerbenovelle vom Jahre 1907 auf Grund eines Befähigungsnachweises erworben haben, von der Erwirkung einer Konzession befreit und nur bezüglich des Minimalquantums des Branntweinabsatzes (ein Achtelliter) dem neuen Gesetz unterworfen. Andere Detailhändler müssen allerdings eine Konzession erwirken, innerhalb einer bestimmten Zeit kann jedoch hiebei von dem Erfordernis des Befähigungsnachweises Umgang genommen werden. Für diese Berücksichtigung bestehender Gewerbeunternehmungen spricht die Erwägung, daß — wie sehr auch eine rasche und umfassende Durchführung der Schutzmaßnahmen des Gesetzes im Interesse der öffentlichen Wohlfahrt wünschenswert wäre — hiebei jedoch jedenfalls den beteiligten Kreisen die Gewähr zu bieten ist, daß nach Möglichkeit erworbene Rechte unberührt bleiben und insbesondere der seßhafte befähigte Gewerbebetrieb vor Beeinträchtigungen seiner Leistungsfähigkeit und wirtschaftlichen Ergiebigkeit bewahrt werde.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

(Fortsetzung.)

Lauensten-Hamburg, spricht über die Contusio abdominis gravis und Indikationstellung zur Operation. Da manchmal Anhaltspunkte für eine vorhandene Darmverletzung infolge Bauckontusion fehlen, die Prognose aber mit entstehender Peritonitis sich verschlimmert, so soll man sich möglichst rasch in zweifelhaften Fällen für die Operation entscheiden. Der Verdacht auf Darmverletzung ist oft durch Art und Ort der Gewalteinwirkung gegeben: Wirkung in sagittaler Richtung mitten über den Leib (Überfahren, Stoß). Äußere Verletzungen fehlen in der Regel, Shockwirkungen geben keinen Anhaltspunkt; heftiger Schmerz, Aufstoßen, Erbrechen, Harnverhaltung, erwecken Verdacht; Verschwinden der Leberdämpfung ist ein schwerwiegendes, aber selteneres Symptom. Fähigkeit zu gehen, in Rückenlage sich aufzurichten oder beide Beine gestreck zu erheben, sind günstige, aber nicht absolut zuverlässige Zeichen. Bei indirekter Gewalteinwirkung (Sturz aus größerer Höhe) muß man auch an Darmverletzung denken.

Clairmont-Wien: Zur Lokalisation des Ulcus ventriculi in ihrer Bedeutung für das operative Fernresultat. Von 246 Ulkusfällen der v. Eiselsbergschen Klinik brachte die Operation (Gastroenterostomie) 52% Heilungen, 15% Besserung, also 67% erfreuliche Resultate. Bei den am Pylorus oder dessen Nähe sitzenden Geschwüren waren 64% erfreuliche Dauerresultate zu verzeichnen, bei den entfernt vom Pylorus sitzenden nur 48%; aber auch hier waren die Resultate dann besser, wenn nicht die Gastroenterostomie angewendet oder wenn sie mit Jejunostomie kombiniert worden war. Die Gastroenterostomie ist also nicht die allein empfehlenswerte Methode. In nicht ganz 3% der Fälle war der Magen scheinbar normal; diese können also nicht gegen den Vorschlag sprechen, die Wahl der Operationsmethode vom Sitze des Geschwürs abhängen zu lassen.

Riedel Jena: Über quere Resektion des Magens. Der Sitz des Geschwürs läßt sich meist schon klinisch diagnostizieren. Bei Sitz am Pylorus besteht Schmerz in der Mittellinie, bei Sitz an anderen Stellen dagegen wird permanenter Schmerz links am Rippenbogen geklagt, auch treten Stenosenerscheinungen dabei langsamer auf. Bei manchen Formen von Sanduhrmagen kann man keine Gastroenterostomie machen, wenn nämlich der kardiale Teil zu klein oder wenn die Perforation in die vordere Wand erfolgt war; dann muß die quere Resektion gemacht werden, auf deren Technik Riedel näher eingeht. Er mobilisiert erst distal, schneidet dann hier zwischen Doyenschen Klemmen durch, versorgt die Gefäße, geht dann kardial vorwärts, schneidet dabei Verwachsungen mit Leber, Pankreas in diesen Organen aus, um Verletzungen des Magens und Ausfluß von Magensaft zu verhindern.

Zu Abteilung 22 sprechen Augenarzt Sanitätsrat Dr. med. Fritz Schanz und Dr. ing. Karl Stockhausen (beide in Dresden) über die Einwirkung der ultravioletten Strahlen auf das Auge. Redner haben die Augen auf die Durchlässigkeit der ultravioletten, nicht sichtbaren Strahlen von denen feststeht, daß sie dem Auge schädlich sind, eingehend, untersucht. Sie haben verschiedene Augenteile und ganze Augen mit dem Licht der elektrischen Bogenlampe intensiv belichtet, das Licht, welches die Augenteile oder das ganze Auge passiert hatte, mit einem Quarzspektrographen zerlegt und das Spektrum photographiert. Es zeigte sich, daß die relativ kurzwelligen ultravioletten Strahlen (von weniger als 300μμ Wellenlänge) nicht imstande sind, durch die Hornhaut hindurchzudringen, sie werden von derselben absorbiert. Die ultravioletten Strahlen von 350—300μμ Wellenlänge gehen durch die Hornhaut hindurch, sie gelangen bis zur Linse und werden von dieser verschluckt. Die ultravioletten Strahlen von 400—350μμ Wellenlänge erzeugen die



Fluoreszenz der Linse und gelangen bis zur Netzhaut. Als Schädigungen des Auges durch ultraviolette Strahlen sind bis jetzt folgende erkannt worden. 1. Reizungen des äußeren Auges, die vom Augenkatarrh angefangen sich bis zu den heftigsten Entzündungen, wie sie als elektrische Ophthalmie und Schneeblindheit bekannt sind, steigern können. 2. Veränderungen in der Linse, die als Zerfall der Kerne und Zerstörung der Zellen des Kapselepithels usw. mikroskopisch festgestellt sind. 3. Reizungen der Netzhaut, die sich bei längern Wanderungen über Schneeflächen im Hochgebirge als Erythropsie, bei anhaltender Arbeit beim Licht der Quecksilberdampflampe, als Farbensinnstörungen in der Nähe des Fixationspunktes zu erkennen geben. Fragt man sich, welche ultravioletten Strahlen die einzelnen Störungen veranlssen, so läßt sich durch die oben erwähnte Untersuchung die Antwort geben. Die ultravioletten Strahlen von weniger als 300μμ Wellenlänge veranlassen in erster Linie die Reizung des äußern Auges. Die ultravioletten Strahlen von 350 bis 300μμ Wellenlänge werden von der Linse verschluckt und müssen auch für die an der Linse festgestellten Veränderungen verantwortlich gemacht werden. Reizungen der Netzhaut, wie sie bei Erythropsie und bei Farbensinnstörungen durch die Quecksilberdampflampe stattfinden, können nur durch die ultravioletten Strahlen von 400 bis 350μμ Wellenlänge veranlaßt sein. Die ultravioletten Strahlen mögen im Haushalte der Natur noch so wichtig sein, für den Sehakt werden sie nicht gebraucht, sie sind die Verunreinigung des Lichts. Darum empfiehlt es sich, sie vom Auge möglichst abzuhalten. Eine gewöhnliche Brille gewährt nur einen geringen Schutz gegen die ultravioletten Strahlen von weniger als 300μμ Wellenlänge. Das Licht, welches zur Netzhaut gelangt, wird durch Vorsetzen einer Brille nicht verändert. Die Verfasser haben ein Glas erschmolzen, das etwas grüngelb gefärbt ist, aber alle ultravioletten Strahlen zu absorbieren vermag. Da unsere neuen grellen Lichtquellen besonders reich an solchen schädlichen Strahlen geworden sind, so haben sie dieses Glas zunächst als Hüllen für unsere künstlichen Lichtquellen empfohlen. Eine besondere Untersuchung erstreckte sich auf die Fluoreszenz der Linse, welche bei Belichtigung derselben mit ultravioletten Strahlen zu beobachten ist. Widmark nahm an, daß in der Linse die ultravioletten, nicht sichtbaren Strahlen umgesetzt werden in Strahlen verschiedener Wellenlängen des sichtbaren Spektrum und daß das Gemisch das Fluoreszenzlicht der Linse liefert. Die Verfasser sahen die Fluoreszenz der Linse deutlich, wenn sie die sichtbaren Strahlen durch Vorschalten eines blauen Uviolglases schwächten. In dem dunkelblau belichteten Auge erscheint dann die Linse intensiv grau gefärbt. Da das Uviolglas nur für blaue, violette und ultraviolette Strahlen durchgängig ist, so kann durch Mischung dieser Strahlen kein Grau entstehen. Um die Natur dieser grauen Farbe festzustellen, haben die Verfasser hinter dem so durchlichteten Auge einen Quarzspektrographen aufgestellt und das aus dem Auge austretende Licht untersucht. Das Spektrum besteht wieder aus Blau, Violett und Ultraviolett. Danach kann die grau Farbe der Linse nicht durch ein gemischtes Licht bedingt sein, sie ist die Färbung durch ultraviolette Strahlen, die unser Auge unter diesen Umständen als lavendelgrau wahrnimmt. Durch diese Eigenschaft unseres Auges, bei Abhaltung der sichtbaren Strahlen ultraviolette Strahlen in solcher Intensivität wahrzunehmen, werden sich wahrscheinlich manche Fluoreszenzerscheinungen in der Natur besser erklären, als bis jetzt.

Dr. Emil Glas und Dr. Kraus (Wien) berichten in der Sektion für Hals- und Nasenkranke über den Einfluß der Generationsvorgänge auf die Tuberkulose des Kehlkopfes. Sie haben durch fünf Jahre das einschlägige Material der Klinik Chiari, der geburtshilflichen Klinik und der Tuberkulosenzimmer des Allgemeinen Krankenhauses studiert und diese Beobachtungen einer kritischen Sichtung unterworfen. Das Ergebnis dieser Beobachtungen war ein so trauriges, daß der Satz, daß die Kehlkopftuberkulose eine der ungünstigsten Komplikationen der Gravidität ist, zu Recht besteht. Ihre Untersuchungen ergaben aber andererseits, daß nicht nur schere Formen diffuser Kehlkopferkrankungen durch die Gravidität ungünstig beeinflußt werden, sondern nicht selten auch a priori gutartige Formen dieser Erkrankung, wie sie durch isolierte Herde oder zirkumskripte Geschwülste tuberkulosen Ursprunges repräsentiert sind. Aus den zehn Schlußsätzen ihrer Arbeit sei vor allem der eine hervorgehoben, welcher eine genaue spezialärztliche Untersuchung einer heiseren Graviden verlangt, damit es auf diese Weise ermöglicht sei, eventuelle Progredienz des Prozesses sofort zu konstatieren und dann die nötigen therapeutischen Maßnahmen zu treffen, um den Prozeß soweit als möglich aufzuhalten. Aus der Diskussion, an welcher sich sowohl Laryngologen als auch Geburtshelfer beteiligten, seien besonders die Worte des bekannten Gynäkologen Professors Kroenig (Freiburg i. B.) hervorgehoben, der die Wichtigkeit des großen einheitlich gesichteten und kritisch beleuchteten Materials betonte und hervorhob, daß zur Therapie dieser gefährlichen Komplikation Geburtshelfer und Laryngolog gemeinsam vorzugehen haben.

Nahrung und Zahnkrankheiten. Dr. Stehr-Roermond in Holland. Fast ausschließlich wird heute die technische Vollkommenheit des künstlichen Zahnersatzes und der Zahnfüllungen angestrebt, und der ärztliche Teil der Zahnheilkunde wird leider vernachlässigt. Die modernen Arbeiten, wie Goldeinlagen, Goldkronen und Brücken sind aber so kostspielig, daß sie für die Allgemeinheit doch nicht in Anwendung kommen können. Als eine ärztliche Spezialität müsse die Zahnheilkunde aber in der Lage sein, ihre besten Mittel anzuwenden, um den Kranken heilen zu können; die Technik kommt erst zur Anwendung, wenn die Zahnfäule bereits eingetreten ist oder ihr Vernichtungswerk vollendet hat. Darum muß der Zahnarzt vor dieser Periode helfend eingreifen. Es steht fest, daß schwache Zähne der Zahnfäule am schnellsten zum Opfer fallen. Schwache Zähne und verkümmerte Kieferknochen findet man häufig bei Kindern kranker Eltern, fast stets aber bei den jüngsten Kindern eines Säufers. So ist die Annahme gerechtfertigt, daß der Alkoholmißbrauch die Zahnerkrankungen befördere. Durch weitgehende Untersuchungen in den letzten 3 Jahren hat Dr. Stehr auch die Ueberzeugung gewonnen, daß die Ernährungsfrage, hauptsächlich die Kinderernährung, mit den Zahnerkrankungen in engem Zusammenhang steht. Besonders eine vorwiegende Fleischnahrung der Kinder ist für die Entwicklung der Zähne und des Knochengerüstes nachteilig. Bei jenen Völkern und Rassen, die nur von Pflanzenkost leben, kommt die Zahnfäule fast gar nicht vor. Fleisch ist ein hervorragendes Nahrungsmittel durch seinen großen Gehalt an Eiweißkörpern; es ist aber arm an Kalk und eignet sich nicht für die Knochenbildung. Man soll darum Kindern überhaupt möglichst wenig Fleisch geben; wenn sich aber die Kalkarmut durch das Verkümmern der Zähne und der Kieferknochen deutlich zeigt, so sollte man die Fleischkost wenigstens zeitweise gänzlich untersagen.

Eiterungen der Nasennebenhöhlen. Dr. M. Hajek (Wien).

Die Allgemeinbehandlung dieses Leidens befaßt sich mit der Prophylaxe gegen jene Infektionskrankheiten, die erfahrungsgemäß die Nebenhöhleneiterung im Gefolge haben, wie z. B. Influenza, Scharlach. Wichtig ist da die Aspirinbehandlung, durch die es häufig gelingt, recht schwere Erkrankungen der Nasennebenhöhlen zu kupieren. Bei der eigentlichen endonasalen Behandlung empfiehlt sich eine vermittelnde Stellung zwischen der extremkonservativen und der extrem-radikalen Richtung; die konservative Methode ist in den leichteren, selbst chronischen, Fällen angezeigt; beim Versagen derselben soll aber die radikale Methode Anwendung finden.

(Fortsetzung folgt.)

Dritter internationaler Kongress für Irrenpflege in Wien.

(Fortsetzung.)

Hierauf fand im großen Festsaale der Wiener Universität aus Anlaß der Aufstellung des vom Vereine für



Psychiatrie und Neurologie in Wien gewidmeten Denkmals des Universitätsprofessors Dr. Richard Freiherrn v. Krafft-Ebing eine Feier statt, wo Professor Dr. Wagner von Jauregg die Festrede hielt. Er schilderte die Anfänge von Krafft-Ebings Laufbahn, den Einfluß, den sein mütterlicher Großvater, der berühmte Strafrechtslehrer Mittermayer, auf ihn genommen, ferner wie ihn die Begeisterung für Griesinger der Psychiatrie in die Arme führte. Krafft-Ebing, setzte Redner fort, war nicht blos Arzt, sondern auch Lehrer durch und durch, es drängte ihn, erworbene Erkenntnis nicht nur praktisch anzuwenden, sondern auch andern zu vermitteln, ihren Segen so vervielfältigend. Man mußte seinen heiligen Eifer beim Unterrichte gesehen haben, um zu erkennen, daß ihm das Lehramt nicht eine lästige Bürde, sondern lustvolle Betätigung eines edlen Triebes war. Hierauf schilderte Redner Krafft-Ebings Verdienste um den psychiatrischen Unterricht, um die Ausgestaltung der psychiatrischen Kliniken und deren Verbindung mit Nervenkliniken und fuhr fort: Die „psychiatrische Klinik mit allen den Erfordernissen. die er für sie ansprach, konnte er allerdings nicht erreichen; dieses gelobte Land, das in dem geplanten aber von der Vollendung noch weit entfernten Neubaue des Wiener Allgemeinen Krankenhauses liegt, durften seine Augen nicht mehr schauen. Sollte aber die psychiatrische Klinik einstens wirklich erstehen, so wird Krafft-Ebing die posthume Genugtuung haben, daß sie so beschaffen sein wird, wie er es für notwendig erkannt und gefordert hat," Hofrat Wagner von Jauregg besprach dann die literarischen Leistungen Krafft-Ebings, seine beiden Lehrbücher der klinischen Psychiatrie und forensischen Psychiatrie, die seinen Ruhm in alle Länder trugen, und charakterisierte ihn als einen beschreibenden Naturforscher. „Die klinische Beobachtung war seine Hauptstärke", setzte Redner fort, „in der Fähigkeit an komplizierten Bildern psychischer Störung das Charakteristische herauszufinden und es in prägnantem Ausdrucke wiederzugeben, war er ein unerreichter Meister." Als Ziel wissenschaftlicher Tätigkeit schwebte ihn stets vor, nicht blos Erkenntnisse zu gewinnen, sondern auch eine Richtschnur für künftiges Handeln. Die praktische Tätigkeit des Arztes ist ein Grenzgebiet von Wissenschaft und Kunst. Großes Wissen ist zwar eine Vorbedingung, aber nicht Gewähr eines großen ärztlichen Könnens. Dazu sind noch Dinge erforderlich, die nicht gelehrt und nicht gelernt werden können. Eine solche gottbegnadete, zum Arzt prädestinierte Persönlichkeit war unserm Krafft-Ebing eigen. Redner ging dann auf die Würdigung der Forschertätigkeit Krafft-Ebings über und pries als bedeutendste Leistung auf diesem Gebiete die Arbeiten Krafft-Ebings über die „Psychopathologie des Geschlechtslebens" und sagte: „Besonders in seinen Aufsätzen über Marochismus und Sadismus erhebt sich sein Forscherblick in bewundernswerter Höhe. Er hat uns mit der Aufstellung dieser elementaren Abweichungen geschlechtlichen Empfindens nicht nur Verständnis für eine Menge bis dahin unverstandener Einzelerscheinungen verschafft, sondern auch tief hineingeleuchtet, über die Grenzen des Pathologischen hinaus, in die dunklen Geheimnisse physiologischer Erotik. Was Krafft-Ebing für seine Wissenschaft getan hat, wird späteren Generationen bald nur unvollkommen gegenwärtig sein, denn die Leistung auf dem Gebiete der Wissenschaft haben die fatale Neigung, rasch unpersönliches Gemeingut zu werden. Nur der Historiker bringt dann etwa tote Größen wieder einmal zu Ehren. Wir, die wir Krafft-Ebing noch unter uns wandeln sahen, wir empfinden nur zu lebhaft, wie viel wir mit ihm verloren. Kommenden Generationen aber möge wenigstens der heute enthüllte Stein ein Mahnzeichen sein, seiner nicht undankbar zu vergessen." Lebhafter Beifall folgte den Worten des Festredners. Hierauf begaben sich die Festgäste in den Arkadenhof der Universität, wo die eigentliche Enthüllungsfeier des Krafft-Ebing-Denkmales stattfand. Das Denkmal ist zwischen den Denkmälern der Professoren v. Widerhofer und Kahler errichtet, vom Bildhauer Benk geschaffen und enthält die Inschrift: „Richard Freiherr v. Krafft-Ebing 1840—1902. Professor der Psychiatrie 1889—1902. Gewidmet vom Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien." Nachdem die Hülle von dem Denkmal gefallen war, übergab es Professor Obersteiner mit einer kurzen Ansprache an den Rektor Professor Franz Exner in die Obhut der Universität. Am Sockel des Denkmals wurden vom Vereine für Psychiatrie und Neurologie, vom Sanatorium „Maria Grün" und von den Kindern des Professors Krafft-Ebing Lorbeerkränze niedergelegt.

Die Reihe der wissenschaftlichen Vorträge eröffnete unlängst Oberarzt Dr. Bresler (Lublinitz), der einen zusammenfassenden Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens gab. Der Redner wies zunächst auf die großen Wandlungen hin, die das Irrenwesen in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts durchgemacht, Wandlungen, die durchaus einen Sieg der Humanität bedeuteten. Sind doch, so vor allem in England, dann in der Schweiz und in Italien, Zwangsjacke und Isolierzelle fast gänzlich als Behelf bei der Irrenpflege verpönt, und an ihre Stelle die physikalischen Methoden getreten. Was früher durch die Zwangsjacke und die gepolsterte Zelle erreicht wurde, die Beruhigung eines Tobenden, erzielt man heute durch ein warmes Bad, das man längere Zeit auf den Kranken einwirken läßt. Auch die Ausbildung des Pflegepersonals — hierin ist vor allem Frankreich groß — und die Einführung eines weiblichen Personals für den Pflegedienst sind Maßnahmen, die auf die Entwicklung der Irrenpflege sehr günstig wirken. Das schwierigste Kapitel in der Irrenpflege bildet die Behandlung geisteskranker Verbrecher. Dem in Deutschland erprobten Versuche, diese Irren in besonderen Anstalten zu internieren, müsse mit Vorsicht begegnet werden. In einer solchen Anstalt, welche Irre beherbergt, die die schlechten Eigenschaften der Verbrechen mit denen der Irren vereinigen, können leicht Zustände einreißen, denen man dann nicht Herr werden könne. Das Beispiel einer amerikanischen Anstalt für geisteskranke Verbrecher, in der es einst zu einer förmlichen Revolution kam, müsse zur Vorsicht mahnen. Die wesentliche Verbesserung der Irrenpflege, die Aufdeckung und Bekämpfung der Ursachen der Geistesstörungen müsse nach wie vor im Auge behalten werden. Nur so werde es möglich sein, so wie in England und Schottland auch in den übrigen Staaten eine Abnahme der Geisteskrankheiten konstatieren zu können.

Dr. Buchholz (Hamburg) berichtete Einiges aus der hamburgischen Irrenfürsorge.

Die wissenschaftlichen Verhandlungen wurden unter dem Ehrenpräsidium des ehemaligen Ministers Dubief (Paris) fortgesetzt. Zu Beginn teilte Dubief mit, daß die französische Regierung den Generalsekretär des Kongresses, Professor Dr. Alexander Pilcz, zum Offizier d'académie ernannt habe. Hierauf referierte Direktor Dr. Starlinger (Mauer-Oehling) über das Budget der niederösterreichischen Landesirrenanstalten. Eine unverhältnismäßige Zunahme der Geisteskranken besteht nicht. Ihre absolute Zunahme in den Irrenanstalten ist auf die Population überhaupt, auf das wachsende Zutrauen zur Spitalsbehandlung und auf den Eintritt harmloser Kranker zurückzuführen. In den Irrenanstalten kostet ein Familienpflegling 1 Krone 12 Heller per Tag, ein Geisteskranker 1 Krone 20 Heller, während ein Zwängling in Korneuburg 2 Kronen 8 Heller kostet. Aus dieser Gegenüberstellung allein könne man ersehen, daß der Vorwurf, in den Pflegeanstalten würde Luxus getrieben, nicht stichhaltig sei. Gegenüber dem Jahre 1882 werden heute an der Verköstigung per Kopf und Tag mehr als 23 Heller erspart. Auch die Ausgaben für Medikamente sind geringer geworden. Direktor Reg.-Rat Karl Kögler (Wien) sprach über die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterunfall- und Invalidenversicherung. Er gelangte in seinem Referat zu folgenden Leitsätzen: 1. Die Einführung der Invalidenversicherung ist vom Gesichtspunkte der Irrenfürsorge geboten. 2. Es ist für eine statistische Beobachtung der Geistesgestörten einschließlich der durch den Unfall veranlaßten Irrsinnsfälle nach Beschäftigungs(Betriebs)arten, Alter und Geschlecht zu sorgen, wobei zu versuchen ist, die Zahl der Geistesgestörten zur Zahl der

Beschäftigten in Beziehung zu bringen und die Ursachen der Geistesstörung statistisch zu beobachten. 3. Die Versicherungsanstalten sind zur Übernahme des Heilverfahrens und zu Aufwendungen hiefür zu ermächtigen. Ebenso sollen sie, und zwar insbesondere die Invalidenversicherungsanstalten, sich an dem Kampfe gegen die Ursachen des Irrsinns (Geschlechtserkrankung, Alkoholmißbrauch) beteiligen. Die Aufwendungen müssen jedoch stets zu dem zu erwartenden Erfolge im richtigen Verhältnis stehen. — In Anwesenheit zahlreicher Mitglieder des Kongresses für Irrenpflege führte Hofrat v. Eiselsberg zwei Trepanationen des Schädels aus. Die erste betraf einen Turmschädel, den Dozent Schüller diagnostiziert hatte, die zweite eine vom Dozenten Marburg angenommene Hirngeschwulst. Schließlich demonstrierte Hofrat v. Eiselsberg, um ein Bild von den Resultaten der Hirnchirurgie zu geben, noch drei operierte Fälle, von denen einer eine von Professor von Frankl-Hochwart diagnostizierte Kleingehirngeschwulst war. Privatdozent Dr. Stransky (Wien) sprach über psychiatrische Sachverständigentätigkeit und Geschwornengericht. Da die Volksrichter nicht über die Vorkenntnisse der Juristen verfügen, mögen die Psychiater die Formulierung der Schlußsätze in ihrem Gutachten der Denkweise des Volkes anpassen. Der Vortragende wünscht weiters eine bessere Formulierung des Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen sowie eine Regelung der Stellung des psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht. Primararzt Doktor Fischer referierte über die Sachverständigentätigkeit bei zweifelhaften Geisteszuständen. Hofrat Dr. Friedländer (Hohenmarkt im Taunus) wies in einem Vortrage auf die widerspruchsvollen Gutachten über Schwachsinnsformen hin, wo die Defekte hauptsächlich auf moralischem Gebiete liegen. Moral insanity sei keine selbständige Krankheit. Ein brauchbares Kriterium bei der forensischen Beurteilung der geschilderten Schwachsinnsformen liege in dem Grade der Willensschwäche.

(Fortsetzung folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 30. Oktober 1908.

Sigmund Erben stellt einen Simulanten vor, der das Krankheitsbild einer multiplen Sklerose vortäuscht. Bei der Untersuchung fiel es dem Redner auf, daß die Kniereflexe nicht in harmonischem Verhältnisse zur Paraparese ständen, denn er hat den normalen Kniereflex. Weiters ist die Parese der distalen Gelenke (Sprunggelenk, Zehengelenke) geringer als die proximalen, was im Widerspruch zu den Erfahrungen über die Unterbrechung der Willensbahnen steht. Beide Momente sind für eine organische Läsion des Rückenmarkes ungewöhnlich. Es könnte sich aber um eine Willenslähmung bei einem hysterischen Individuum handeln, wo ein Freibleiben der peripheren Gelenke öfter vorkommt. An hysterische Lähmungen erinnert auch folgendes Symptom: Er kann nicht die geringste willkürliche Hüftbeugung oder Kniebewegung machen, indes die genannten Gelenke beim Gehen — also bei automatischen Innervationen größerer Koordinationen — nicht versagen; beim Gehen bewegt er Hüften und Knie. Aber es paßt nicht in den Rahmen der hysterischen Lähmung, daß er die Beine kreuzen kann zum Zwecke der Kniereflexprüfung, jedoch die Oberschenkel nicht im geringsten zu elevieren vermag. Das Kreuzen der Beine geschieht nicht so automatisch wie das Gehen.

Nun stützt E. einen seiner Unterschenkel und befiehlt ihm, Kniebewegungen auszuführen. Nicht der geringste Effekt bei aller Anstrengung. Jetzt hebt E. den herabhängenden Unterschenkel etwas empor und läßt auf scharfe Kommandoworte Sprunggelenksbeugung und -streckung eine Zeitlang ausführen. Das trifft er gut, und bei diesem Exerzitium, das nur seine Aufmerksamkeit ablenken soll, entzieht E. dem Unterschenkel unversehens die Stütze. Da fühlt E. jedesmal einen Moment, wo er den Unterschenkel durch Anspannung des Qnadrizeps in der gegebenen Streckstellung frei erhält, bevor er ihn mit Wucht sinken läßt — er kann demnach diesen Muskel anspannen, nur wollte er nicht. Die Annahme von Hysterie wäre unbegründet.

Noch besser gelingt der Versuch, wenn E. ihn zur Seite legen läßt, weil er dann nicht sofort orientiert ist, in welche Richtung die Schwere zieht, ob geradeaus hinab oder mehr zur Seite. Das freie Schweben nach dem Entziehen der Stütze ist dann verlängert.

Die Sicherheit, daß man es mit einem unreellen Krankheitsbilde zu tun hat, wächst, wenn man ihn den Finger zur Nasenspitze führen läßt. Das ist weder Intentationszittern noch ataktisches Ausfahren; er gerät ruhig mit dem Finger auf eine entfernte Stelle und bemüht sich nicht, zu korrigieren, trotzdem er merken muß, daß er sein Ziel nicht erreicht hat.

Am überzeugendsten ist sein Romberg. E. modifiziert die Rombergsche Versuchsordnung, läßt ihn mit gespreizten Beinen stehen und mit dem Finger einen fixen Gegenstand berühren. Er fällt beim Augenschließen hin. Diese von E. eingeführte Versuchsanordnung läßt selbst die schweren tabischen Ataktiker sich im Gleichgewichte erhalten; die Ataktiker bestehen den Versuch, aber die Simulanten geraten in Schwankungen und drohen zu fallen. Erben tritt auf Grund solcher Beobachtungen dafür ein, daß einzelne Kapitel der neurologischen Lehrbücher ergänzt werden; neben der Krankheit und ihren rudimentären Formen braucht der Praktiker auch eine Anleitung für das Erkennen der gelegentlichen Falsifikate.

Alfred Götzl demonstriert einen 30jährigen Patienten, der seit $1^1/_2$ Jahren an einer langsam an Größe zunehmenden Schwellung der rechten Parotis leidet, die bis vor kurzem sich nur beim Essen zeigte, und dann nach etwa einer Stunde spontan verschwand.

In letzter Zeit ist sie auf Nußgröße angewachsen, schmerzhaft, nur nach Stunden spontan entleerbar, und zwar nicht mehr vollständig, und auch der Ausführungsgang wird während des Essens als etwa federkieldicker Strang sichtbar. Wiederholt vorgenommene Sondierungen ergeben eine vollkommen freie und leichte Passage des Duct. Stenon. auf $4-4^1/_2$ *cm*. Die röntgenologische Untersuchung auf Konkremente verlief ergebnislos. In den letzten Wochen zeigt auch die linke Parotis an der rechten homologen Stelle eine nicht deutlich abgrenzbare, aber nur während des Essens auftretende Schwellung. Vortragender kommt zu dem Schlusse, daß die klinische Diagnose: Tumor salivalis wohl einwandfrei sei, daß aber eine sichere pathologisch-anatomische Deutung in diesem Falle nicht gegeben werden könne. Da weder ein Krupp des Stenonianusganges noch Konkrementbildung im Ausführungsgange vorliege, so handelt es sich entweder um Konkrementbildung im Drüsenparenchym oder, was Vortragendem wahrscheinlicher ist, um eine äußerst chronisch verlaufende Entzündung der Drüse mit sekundärer Dilatation und Wandverdickung des Ausführungsganges.

Oskar Föderl: Über Hepatoptose. Redner stellt zwei operierte Frauen vor. Die eine litt an Erbrechen und Koliken, die Leberdämpfung reichte von der Mamillarlinie an der achten Rippe bis zwei Querfinger unter dem Nabel. Es bestand auch noch bds. ren. mobilis und Cholelithiasis.

Die Leber wurde reponiert, Hepatopexie und Exstirpation der Gallenblase schloss sich an. Ähnlich lagen die Verhältnisse auch im zweiten vorgestellten Falle.

Redner ist der Ansicht, daß der Begriff der totalen Hepatoptose nicht als richtig anzusehen ist, solange nicht bewiesen ist, daß es sich wirklich um ein Sinken der ganzen Leber, nicht aber um eine Formveränderung derselben handle. Infolge der Formveränderungen der Leber komme es zu Knickungen des Ductus Cysticus, zu Entzündungsvorgängen und Cholelithiasis.

Julius Tandler ist ebenfalls der Ansicht, daß der Ausdruck Hepatoptose nicht entsprechend sei. Besonders sei zu betonen, daß die Leberformveränderung die Lageverände-



rung vortäusche. Die Leberform hänge schon beim Embryo von den Verhältnissen der Umgebung ab.

Sitzung vom 6. November 1908.

Hans v. Haberer demonstriert einen aus den Magen operativ entfernten 230 *g* schweren, 15½ *cm* langen, 8 *cm* breiten und 6 *cm* dicken Fremdkörper, der braungelb gefärbt und stellenweise wie längsgefasert aussieht. Die Geschichte des Falles ist kurz folgende: Bei der Patientin bestanden seit fünf Jahren Magenbeschwerden, die sich in ihren ersten Anfängen als Druckgefühl nach der Nahrungsaufnahme zeigten, im Laufe der Zeit aber heftiger wurden, so daß die Patientin nach jeder Mahlzeit über krampfartige Schmerzen im Magen zu klagen hatte, die in den Rücken und die linke Schulter ausstrahlten. Trat Erbrechen ein, wie dies vor Monaten bei fast jedem Anfalle geschah, in letzter Zeit jedoch vollkommen systierte, so stellte sich damit Erleichterung ein. Trotz guten Appetites und trotz des Umstandes, daß die Patientin nach ihrer Angabe große Quantitäten von Nahrung zu sich nahm, ist sie im Laufe ihrer Erkrankung doch nicht unbeträchtlich abgemagert. Bei der Aufnahme konnte man unmittelbar oberhalb des Nabels bald einen soliden, bald einen, wie durch eine Kerbe geteilten, quergestellten, harten Tumor palpieren, der auffallend gut beweglich war. Da beiderseits über den Lungenspitzen gedämpfter Schall perkussorisch nachweisbar war und auch eine Kutanreaktion nach v. Pirquet positiv ausfiel, ließ sich noch am ehesten an einen Tuberkulosetumor des großen Netzes denken. Dagegen sprach jedoch die besonders gute Beweglichkeit bei der relativen Größe des zu tastenden Tumors, da die Tuberkuloseprodukte im Peritoneum im allgemeinen doch frühzeitig fixe Verbindungen mit der Umgebung einzugehen pflegen. Die Laparotomie ergab als Ursache der Beschwerden den demonstrierten Tumor. Was nun die Natur des entfernten Fremdkörpers anlangt, so ergaben chemische Untersuchungen des Präparates, die mit größter Wahrscheinlichkeit darauf hindeuten, daß es sich um einen Schellackstein handelt, da der Fremdkörper im wesentlichen Eigenschaften besitzt, die mit denen des Schellacks weitgehende Übereinstimmung zeigen. Die Patientin war vor zwei Jahren einige Monate in einer Lackfabrik tätig und hatte wohl öfters Schellackpolitur wegen ihres Alkoholgehaltes als Schnaps getrunken. Drei Jahre vorher will sie öfters Honig mit Wachs wegen Hustenbeschwerden genossen haben.

Ludwig Moszkowicz demonstriert ein fünfjähriges Mädchen, das er im Alter von 18 Monaten zum erstenmal wegen eines Lungenabszesses operierte.

Hermann Marschik berichtet über einen letal verlaufenen Fall von Komplikation einer akuten Stirnhöhleneiterung mit Nekrose der vorderen Schädelhöhlenwand und Hirnabszeß. Demonstration des drainierten Gehirns.

Karl Franz: Über das Pappatacifieber. Während der Sommermonate tritt alljährlich in ausgebreiteten, dabei jedoch genau begrenzten Gebieten mancher südlicher Länder eine akute Infektionskrankheit auf, über deren Wesen und Verbreitungsart bisher wenig Positives bekannt war. In unserer Monarchie werden von ihr mehrere Bezirke der Herzegowina (Mostar, Trebinje, Stolac u. a.), ferner die Bucht von Cattaro, die Küste Dalmatiens, Istriens und als nördlichster Punkt Görz heimgesucht. Der Krankheit werden verschiedene Namen beigelegt, von welchen die vulgäre Bezeichnung „Hundskrankheit" die gebräuchlichste ist; es soll mit diesem Ausdrucke das „hundemäßig" schlechte Allgemeinbefinden gekennzeichnet werden. Mann nennt sie auch „endemischer Magenkatarrh", „Sommerfieber", „Sommerinfluenza" oder „Insolationsfieber". Die Krankheit wird bei der großen Morbidität, bei dem äußerst schmerzhaften Verlaufe und der protrahierten Rekonvaleszenz zur wahren Plage der Bevölkerung, besonders jedoch der den ersten Sommer in verseuchten Gegenden verbringenden Fremden. Der typische Anfall des Pappatacifiebers äußert sich durch einen zumeist ohne Prodromalerscheinungen erfolgenden raschen Anstieg der Körperwärme, verbunden mit Hinfälligkeit, Kopfweh, sowie Schmerzen im Verlaufe einzelner Nervenstämme, namentlich jedoch in verschiedenen Muskelgruppen. Die Konjunktiven und die Schleimhaut des Rachens sind injiziert, die Verdauungsfunktionen gestört. Die Temperatur steigt auf 39—41°, bleibt mehrere Stunden auf der Höhe, sinkt dann zumeist langsam derart, daß in der Regel am dritten Tage die Norm wieder erreicht wird. Es folgt nun das Stadium der Rekonvaleszenz, die protrahiert sein kann und nebst Schwächegefühl oft von Störungen des Nervensystems des Zirkulations- und Digestionsapparates begleitet wird. Es erkranken nicht alle in verseuchten Gegenden lebenden Menschen. Neben dieser angeborenen besteht auch eine erworbene Immunität, da die einmal überstandene Erkrankung sehr oft vor einer neuerlichen Infektion von außen schützt. Dafür kommen im Verlaufe einer und derselben Epidemie recht häufig Rückfälle vor. Die Inkubationsdauer beträgt zumeist fünf bis sieben Tage. Prodromalerscheinungen gehören nicht zur Regel.

Von allen Organen wird das Nervensystem am meisten in Mitleidenschaft gezogen. In leichten Fällen äußern sich die allgemeinen Störungen durch Unbehagen, Müdigkeit, Eingenommenheit des Kopfes, in schweren durch hochgradige Hinfälligkeit, heftige Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Ohnmachten, dann wieder Erregungszustände, Delirien, mitunter auch epileptiforme Krämpfe. Seitens der peripheren sensiblen Nerven treten nahezu konstant Schmerzen in der Rücken- und Kreuzgegend auf, dann im Verlaufe mancher Nerven, besonders der Nervi peronei, tibiales und intercostales, ferner in verschiedenen Muskeln, in erster Reihe der Lenden und der Waden. In der Rekonvaleszenz machen sich oft neurasthenische Beschwerden unangenehm bemerkbar; auch Geistesstörungen, die den Eindruck akuter Verwirrtheitszustände machen und bei Trinkern Delirium tremens, stellen sich zuweilen ein.

An den Augen fällt hochgradige Druckempfindlichkeit der Bulbi auf, dann eine lebhafte Injektion der Konjunktiven, besonders in der Form eines Bandes, welches von den Augenwinkeln zu den Rändern der Kornea in der Höhe der Lidspalte sich ausbreitet und den Augen ein eigentümliches Aussehen verleiht. (Picksches Symptom).

An der Schleimhaut des Rachens finden sich gewöhnlich katarrhalische Veränderungen vor, die jedoch gegen die Bronchien nicht fortschreiten. Häufig stellen sich Blutungen aus der Nase ein.

In einem hervorragenden Maße nehmen Störungen der Digestionsorgane an dem Krankheitsprozesse teil. Foetor ex ore, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, manchmal auch Erbrechen werden oft wahrgenommen; zu Beginn der Krankheit bestehen vorwiegend Obstipation, welcher hin und wieder Diarrhöen folgen. Die Milz ist in der Regel nicht vergrößert.

An den Kreislauforganen äußert sich die Wirkung des Krankheitsvirus durch das Auftreten der Bradykardie. Im Blute fand Franz eine herabgesetzte Fibrinbildung und ausgesprochene Leukopenie.

An der Haut beobachtete Franz etwa in 20 bis 30% der untersuchten Fälle Erytheme, vereinzelte roseolaartige Flecke, hie und da makulöses oder papulöses Exanthem, Urtikaria, Follikulitis.

Die Prognose ist eine gute, Therapie symptomatisch.

Beim Vergleiche mit anderen Infektionskrankheiten bietet namentlich die Influenza viele auffallend ähnliche Züge, noch mehr das Denguefieber, welches in bezug auf die Epidemiologie, Aetiologie und den klinischen Verlauf nahezu durchweg kongruente Eigenschaften aufweist. Eine Identität oder zumindest eine sehr nahe Verwandtschaft der Dengue mit dem Pappatacifieber ist daher mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Hierauf bespricht Doerr die Aetiologie der Krankheit und demonstriert die Mücke.

Alois Pick bemerkt, daß er als erster vor 22 Jahren diese Krankheit beschrieben hat. In den meisten Fällen ist das klinische Bild so markant, das insbesondere schon aus dem von ihm zuerst beschriebenen Augenbefunde allein sogar von Laien die Diagnose gestellt werden kann. Doch gibt



es zahlreiche Formen der Erkrankung, welche durch Komplikationen mannigfacher Art der Diagnose Schwierigkeiten bereiten. Insbesondere wären hier die schweren Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems zu nennen, wie Konvulsionen, langdauernde Bewußtlosigkeit und die höchst auffälligen, hochgradigen Angstzustände zu nennen.

In therapeutischer Beziehung erwähnt er, daß die verschiedenen Antipyretika sich im großen als unwirksam erweisen und selbst eine nur durch große Dosen erzielte Remission das Krankheitsbild als solches unbeeinflußt läßt. Am meisten schienen sich noch Purgantia, in den ersten Tagen der Erkrankung verabreicht, zu bewähren. Auch die Anwendung von Natrium salicylicum mit Rücksicht auf seine schweißtreibende Wirkung wäre in Erwägung zu ziehen.

i. m.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Innere Sektion.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 22. Oktober 1908.

Hermann Schlesinger demonstriert eine nach außen durchbrechende Lungenkaverne bei einer 30jährigen Phthisikerin. Seit zwei Monaten besteht unter der rechten Klavikula eine allmählich wachsende Vorwölbung, die in den letzten Tagen sich rapid vergrößerte. Kein Fieber. Über Vorwölbung ist die Haut nicht gerötet, faltbar. Beim Husten der hört man über der Vorwölbung mäßig reichliche, nicht klingende Rasselgeräusche. Vortr. hält die Affektion für eine nach außen durchbrechende tuberkulöse Kaverne, besonders da die Lokalisation in der Gegend des 1. bis 3. Interkostalraumes typisch ist.

Ludwig Braun spricht über Venenpuls und Vorhofstillstand. Er ist der Ansicht, daß diese Frage vom klinischen Standpunkte betrachtet kontrovers erscheinen muß. Die Ansichten Skodas, Lichtheims, Gerhardts stehen denen von Makenzie und Sahli direkt entgegen, da die ersteren den diastolischen Venenkollaps, die letzteren den systolischen Venenpuls als Charakteristikon für Vorhoflähmung annehmen. Prüft man im Tierexperimente diese Frage nach, so ist nach Ansicht des Redners das Hauptmoment auf die Erzeugung eines möglichst langdauernden Vorhofstillstandes zu legen. Redner bespricht die Ausführung dieses Versuches.

Bruno Fellner jun., Franzensbad: Das Pulsometer, ein praktisches Instrument zur Bestimmung der Stromgeschwindigkeit des Blutes am lebenden Menschen. Redner schlägt zur Bestimmung der Stromgeschwindigkeit des Blutes an gesunden und kranken Menschen folgende Methode vor: Am Arm oder Fuß wird durch eine Stauungsbinde der venöse Abfluß und durch eine unter Überdruck gesetzte Riva-Rocci-Manschette der arterielle Zufluß gehemmt und so der Arm oder Fuß blaß, blut- und pulslos gemacht. Man beobachtet nur eine Fingerbeere und bestimmt mittels eines Stopchronometers in $^{1}/_{10}$ Sekunden genau die Zeit, welche das Blut braucht, um bei plötzlich freigegebener Passage eine Rötung der Fingerbeere, eine wieder hergestellte Zirkulation zu erzeugen. Der Qnotient aus Weg und Zeit gibt die mittlere Stromgeschwindigkeit des Blutes in dem betreffenden Gliede. Die auf diese Weise gefundenen Zahlen für die arterielle Stromgeschwindigkeit bewegen sich zwischen 200—400 *mm* pro Sekunde im Arm und stimmen mit den geläufigen, bei Tieren gefundenen Zahlen überein. Das einfache Instrumentarium, Pulsometer genannt, wird von der Firma B. B. Cassel in Frankfurt am Main in den Handel gebracht.

Albert Müller wendet gegen die Methode von Fellner ein, daß er den Widerstand unberücksichtigt läßt, unter dem das Einströmen erfolgt und der für die einfließende Menge und deren Geschwindigkeit von maßgebender Bedeutung ist. Dieser Widerstand wechselt aber ungemein und so kann die Methode keine brauchbaren Vergleichswerte geben.

Salomon Federn erinnert daran, daß schon längst bekannt sei, daß die Anämisierung den Blutdruck ändere.

Emil Schwarz bemerkt, daß eine gewisse Zeit nötig ist, um den Druck in der Manschette von dem Verschlußdrucke bis zur Durchgängigkeit sinken zu lassen.

Gustav Gaertner betont ebenfalls die Fehlerquellen der demonstrierten Methode, die uns nur die Geschwindigkeit des Stromes in der Brachialis in dem Momente der Messung lehrt, die von Zufällen abhängig sein mag, die wir gar nicht in ihrer Bedeutung abschätzen können. Vorausgegangene Bewegung der Muskeln usw. spielt dabei gewiß eine große Rolle. Die Methode ist nicht geeignet, die Geschwindigkeit des Blutstromes zu messen.

Max Herz glaubt, daß man die Methode des Vortragenden dadurch auf ihre Richtigkeit prüfen könne, daß man ihre Resultate bei willkürlich veränderter Stromgeschwindigkeit am Arm vergleicht.

Bruno Fellner jun. erwidert, daß allerdings die Geschwindigkeit des Einströmens vom Widerstande abhängig sei, doch ergab sich bei zahlreichen Versuchen an einem und demselben Menschen, daß diese Fehlerquelle, wenn man bei einer Untersuchungszeit unter fünf Minuten bleibt, keine Rolle spielt. Der Einwand Schwarz', daß die Zeit des Entweichens der Luft eine Rolle spiele, sei gewiß berechtigt; zu diesem Zwecke habe F. eine Vorrichtung konstruiert, die das rascheste Freiwerden der Passage ermöglicht. Vollkommen mißverstanden hätte Gaertner den Redner. Es sei ihm niemals eingefallen, die Geschwindigkeit des Blutes in der Aorta zu bestimmen, sondern nur die mittlere Strömungsgeschwindigkeit in einem peripheren Aste.

i. m.

IV. Literatur.

Frommes Österreichischer Medizinalkalender pro 1909 mit Rezepttaschenbuch. 64. Jahrgang. Herausgegeben von Dr. Richard Eder. Kleinoktav. Wien, Hof-Verlags-Buchhandlung Carl Fromme. Preis in Leinwand gebunden K 3.20, Brieftaschenausgabe K 4.40.

Unter den zahlreichen ärztlichen Fachkalendern, welche in Österreich alljährlich erscheinen, hat der vorliegende durch mehr als ein halbes Jahrhundert trotz der stets wachsenden Konkurrenz sich in der Gunst seines Publikums zu behaupten verstanden. Dieser Umstand spricht wohl am besten für seine praktische Verwendbarkeit. Er bietet in der Tat eine vorzüglich gewählte Zusammensetzung alles dessen, was der Arzt bei der Ausübung seines Berufes gerne zur Hand hat, soweit sich dies in der Form eines handlichen Taschenbuches geben läßt.

An das Kalendarium mit seinen gebräuchlichen weiteren Behelfen schließen sich an: Klinische Heilformeln mit kurzen Indikationen. — Repertorium der offiziellen und wichtigen nicht offiziellen Heilmittel, mit Berücksichtigung der in neuerer Zeit in Verwendung gekommenen und gut verwertbaren Heilmittel, deren Gabe und Anwendungsform. — Maße und Gewichte des menschlichen Körpers mit spezieller Rücksicht auf die für die Geburtshilfe wichtigen Maße. — Inkubationsdauer verschiedener Infektionskrankheiten. — Maximaldosen-Tabellen. — Balnea medicata. — Gifte und Antidota derselben. — Übersicht und alphabetisches Verzeichnis der Kurorte. — Zeitrechnung der Schwangerschaft und Verzeichnis der Todesursachen. — Übersicht der wichtigsten Gebär- und Findelanstalten, Kranken- und Irrenhäuser, Wasserheilanstalten. — Ambulatorien und Rettungsanstalten. — Wiener Ärzteverzeichnis nach den 21 Bezirken mit alphabetischem Register. — Verzeichnis der Apotheker in Wien. Würden gewisse Daten und Angaben in diesem Medizinalkalender einer Revision unterzogen werden, so ist z. B. das Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium noch als Mariahilfer Ambulatorium, VI., Eszterhazygasse 41; weiters VIII., Josefstädterstraße 30, ein öffentliches Kinderkrankeninstitut angeführt, das seit Jahren nicht mehr besteht usw., so würde die Verwendbarkeit desselben an Wert noch entschieden gewinnen.



V. Notizen.

Gegen Alkoholausschreitungen am Sonnabend und Sonntag und das vielfach übliche Blaumachen hat sich an vielen Orten die Verlegung des Lohnzahltages vom Sonnabend weg als wirksame Maßregel erwiesen. Nach dem Jahresberichte der Gewerbeinspektion Halle a. d. S. für 1906 haben in deren Bezirk 64 größere Betriebe den Zahltag verlegt: 57 auf Freitag, 3 auf Montag, 2 auf Dienstag und 2 auf Mittwoch. Sie taten es vor allem, „um es den Frauen der Arbeiter zu erleichtern, ihre Einkäufe für den Haushalt im Laufe des Tages statt in den letzten Abendstunden des Sonnabends vorzunehmen“. Dieses Vorgehen hat aber erfahrungsgemäß fast stets die erwünschte Nebenwirkung einer Einschränkung des vielfach an die Sonnabendzahlung sich anschließenden übermäßigen Alkoholgenusses. Die Maßregel hat sich im genannten Bezirke nach der Meinung der Arbeitgeber im allgemeinen bewährt, insbesondere sind die befürchteten üblen Folgen für die Leistungsfähigkeit der Arbeiterschaft an dem dem Zahltage folgenden Arbeitstage nicht in dem Umfange aufgetreten, wie von manchen Seiten vorausgesagt worden war. Nur in drei Betrieben wurde im Laufe der Zeit auf Wunsch der Arbeiter eine Rückverlegung auf Sonnabend vorgenommen. Die erwähnte Maßregel ist auf Grund der bisher gewonnenen Erfahrungen warm zu empfehlen.

Niederösterreichischer Landessanitätsrat. In der Sitzung des niederösterreichischen Landessanitätsrates vom 19. Oktober 1908 wurden folgende Gutachten erstattet: 1. Über die Abänderung einiger Bedingungen für die Errichtung des Kaiser-Jubiläums-Spitales der Gemeinde Wien in Lainz. 2. Über den Entwurf des Wiener Magistrates zu einer Desinfektionsordnung und einer Anleitung zur fortlaufenden Desinfektion am Krankenbette für Wien. 3. Über die Zulässigkeit der Einleitung der Abwässer einer Färberei in eine städtische Kanalisation in Niederösterreich. 4. Über den Besetzungsvorschlag für eine Primarärztes-, gleichzeitig Vorstandsstelle an einer medizinischen Abteilung im Stande der Wiener k. k. Krankenanstalten.

In Petersburg wurden in den acht Tagen vom 9. bis 16. Oktober 109, 99, 72, 65, 77, 54, 49, 49 Neuerkrankungen an Cholera konstatiert. Der Krankenstand war von 1440 am 9. Oktober auf 882 Kranke am 16. Oktober gesunken. Die Gesamtzahl der Erkrankungsfälle seit Beginn der Epidemie in St. Petersburg betrug bis 16. Oktober 7374; von diesen Kranken sind bisher 3504 genesen und 2988 gestorben. In letzterer Zeit wurde die Beobachtung gemacht, daß die intelligenten und wohlhabenden Klassen der Bevölkerung in stärkerem Maße wie bisher von der Seuche ergriffen werden. Auch in Kiew hält der Rückgang der Coleraepidemie an. In der Woche vom 10. bis 16. Oktober sind nur noch sechs Erkrankungen und kein Todesfall vorgekommen.

VI. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle für den Sanitätssprengel Dolhopole (Bukowina), umfassend die Gemeinden Jablonitza, Dolhopole, Koniatin, Stebue mit Spetki, Uscie-Putilla, Marenicze und Petrasze samt den zugehörigen Gutsgebietsteilen. Der Dienst ist im Sinne der Dienstesinstruktion für die Gemeindeärzte der Bukowina (Kundmachung der k. k. Landesregierung vom

Konkursausschreibung.

In der Sanitätsgemeindengruppe **Wolfpassing**-Traunfeld-Bogenneusiedl-Streifing, Bezirk Floridsdorf-Umgebung, gelangt die Stelle eines **deutschen Gemeindearztes** (sehr alter Arztensposten) zur Besetzung. Fixum von den Gemeinden 600 *K*, Subvention vom hohen n.-ö. Landesausschusse bisher 600 *K*, freie Wohnung vorläufig für ein Jahr.

Bewerbungstermin bis 12. Dezember 1908.

Wolfpassing, am 7. November 1908.

Der Obmann:
Jos. Schuster.

27. April 1895, L. G. u. V. Bl. Nr. 12) zu versehen. Der Standort des Gemeindearztes ist Dolhopole. Mit diesem Posten ist eine Jahresdotation von 1200 K verbunden. Die Dienstreisen des Gemeindearztes werden nach den in der zitierten Kundmachung normierten Gebühren entlohnt. Der Gemeindearzt des Sanitätssprengels Dolhopole hat nicht bloß Aussicht auf eine lohnende Privatpraxis, sondern es ist auch die Möglichkeit geboten, mit der Aktiengesellschaft für Holzindustrie und Dampfsägebetrieb (vorm. Götz & Komp.) ein günstiges Übereinkommen wegen Bestellung als Werksarzt zu treffen. Die mit den Nachweisen über die ärztliche Befähigung, die österreichische Staatsbürgerschaft und die Kenntnis der ruthenischen Sprache versehenen Gesuche sind bis längstens 15. Dezember 1908 bei der k. k. Bezirkshauptmannschaft in Wiznitz a. Cz. einzubringen.

Gemeindearztesstelle der Sanitätsgemeindegruppe Reingers (politischer Bezirk Gmünd), bestehend aus den Gemeinden Reingers, Groß-Radischen, Hirschenschlag, Illmanns, Leopoldsdorf und Reinberg-Litschau mit dem Sitze in Reingers (Niederösterreich), 37·94 *km²* groß, mit 2386 Einwohnern. Fixe Bezüge 238 K von den Gemeinden. Neugewährte Landessubvention 1600 K. Außerdem ein vom niederösterreichischen Landesausschusse bewilligter Wohnungsbeitrag von 100 K jährlich. Haltung einer Hausapotheke ist erforderlich. Bewerber um diese Stelle wollen ihre ordnungsgemäß belegten Gesuche bis längstens 10. Dezember d. J. bei dem Bürgermeister in Reingers einbringen.

Gemeindearztesstelle in der Sanitätsgemeindegruppe Göttlesbrunn-Arbesthal (politischer Bezirk Bruck a. d. L.) mit dem Wohnsitze des Gemeindearztes in Göttlesbrunn am 1. Jänner 1909 zu besetzen. Mit dieser Stelle ist der fixe Bezug von 600 K (400 K von der Gemeinde Göttlesbrunn und 200 K von der Gemeinde Arbethal) verbunden. Überdies war die Stelle vom niederösterreichischen Landesausschusse bisher mit 800 K jährlich subventioniert. Führung einer Hausapotheke ist notwendig. Bewerber um diesen Posten wollen ihre mit den im § 11 des Landesgesetzes vom 21. Dezember 1888, L. G. Bl. Nr. 2 ex 1889, vorgeschriebenen Belegen (Heimatschein, Altersnachweis, ärztliches Diplom, ein von einem k. k. Amtsarzte ausgestelltes physisches Tauglichkeitszeugnis und Sittenzeugnis) instruierten Gesuche bis spätestens 20. November d. J. an das Bürgermeisteramt Göttlesbrunn einsenden, woselbst auch nähere Auskünfte erteilt werden.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/₂, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·, halbjährig K 10·—
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 48. Wien, 28. November 1908. Nr. 48.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Über die Entfettungskuren im Allgemeinen und die Karellkur im Besonderen.

Von **Dr. L. S. Mosler.**

(Schluß.)

Felix Hirschfeld, dem das Verdienst gebührt, die Karellsche Kur schon 1892 propagiert zu haben, ist aber gerade derjenige, der vor schematischem Vorgehen warnt.

Die ursprüngliche Karellsche Milchkur bestand in Verabreichung von abgesahnter Milch. Eine solche Ernährungsweise widerspricht unserer Geschmacksrichtung so sehr, daß man ihrer allgemeinen Durchführung kaum das Wort reden wird; außerdem sind in 800 cm³ entsahnter Milch im ganzen nur etwa 25 g Eiweiß, 35 g Kohlehydrate und 10 g Fett, also etwa 350 Kalorien enthalten, d. h. $^1/_7$ oder $^1/_8$ der Erhaltungsdiät.

Die Verordnung von Vollmilch nach Jacob erhöht den Nährwert und kann daher eher auf Zustimmung rechnen; indessen hat auch diese Kur ihre Schwierigkeiten. Täglich im Ganzen nur 800 cm³ Milch zu erhalten, empfindet ein Kranker nach H. oder seine Umgebung als eine Hungerkur.

Nur bei schweren Nephritiden kann man an die Milch als ausschließliche Nahrung denken, weil hier der geringe Salzgehalt noch einen weiteren Vorzug darstellt. Von französischen Autoren wird auch bei Leberleiden der verschiedensten Art der Milchdiät ein großer Nutzen nachgerühmt. Bei akutem Endokarditiden beschränkt H. sich ebenfalls auf Milchdarreichung. In solchen Fällen verabreicht er nur täglich 200—400 cm³ Milch, während außerdem etwa 600—1200 cm³ Flüßigkeit erlaubt werden mußten. Für die meisten anderen Kranken empfiehlt aber H. die Karellkur nicht. Das Bestehen eines schweren Magendarmkatarrhs bei solchen Patienten ist im Gegensatze zu Jacob eine Kontraindikation, weil alsdann infolge der schweren Appetitlosigkeit schon Unterernährung als eine Art Selbstregelung eintritt und eine weitere Beschränkung der Nahrungszufuhr dann häufig keinen Nutzen bringt. Die gemischte Diät hat vor der Milchdiät auch den Vorzug, daß die feste Nahrung selbst schon im Magen eine anregende Wirkung ausübt. Wir können häufig bei gesunden Personen, die lange gehungert haben, sehen, wie das Verzehren eines Zwiebacks sie kräftigt, bevor noch ein nennenswerter Bruchteil der genossenen Stoffe in den Kreislauf übergetreten ist. Bei sehr schweren Kompensationsstörungen bleibt allerdings diese anregende Wirkung der Nahrung aus; hier wird jeder Bissen fester Nahrung quälend empfunden. In solchen Fällen wird die Milchkur wie überhaupt die flüßige Diät besser vertragen; sie vermag aber keine entscheidende Besserung herbeizuführen. Ein Festhalten an der ausschließlichen Milchnahrung ist wegen ihrer Monotonie eine unnütze Belästigung des Kranken, die flüßige Kost kann aus Milch, Suppen, Eiern, Wein bestehen.

Die Diät, die sich H. bewährte, hat folgende Zusammensetzung:

Früh: 150 cm³ Kaffee mit 15 cm³ Milch (dazu eventuell Saccharin), 20 g Weißbrot. Vormittags: 150 cm³ Suppe.

Mittags: 150 g Schleimsuppe, 200 g mageres Fleisch, (roh gewogen), als Schabefleisch oder in Wasser gekocht, ungefähr 100 g Spargel oder Blumenkohl mit etwas Sauce.

Nachmittags: 150 cm³ Kaffee mit 15 cm³ Milch eventuell Saccharin.

Abends: 100 g Fleisch, 20 g Semmel.

Man kann sich aber von diesem Speisezettel sowohl in quantitativer, wie qualitativer Beziehung entfernen. Je schwerer die Kompensationsstörung ist, in jedem einzelnen Falle, mit desto weniger Nahrung wird man auskommen.

Bei dieser Diät werden ungefähr 700 Kalorien in dem Organismus erzeugt, was den Nährwert von etwa 1100 cm³ Milch entspricht. Selbstverständlich darf eine solche niedrige Ernährung nur bei andauernder Bettruhe verabreicht werden. Alsdann ist man vor Zwischenfällen wie Ohnmachten, einem großen Schwächegefühl, sicher. Die Flüssigkeitsmenge betrug dabei ungefähr 600 cm³. Nur selten war es notwendig, 2—400 cm³ kohlensaures Wasser außerdem zu gestatten. Meist genügt ein Ausspülen des Mundes, um das Durstgefühl zu bekämpfen. Der Hunger ist in den meisten Fällen so gering, daß die Kranken mit der herabgesetzten Ernährung zufrieden sind. Je rascher die Eßlust wächst, desto rascher pflegt zumeist auch die Kompensationsstörung zurückzugehen und desto deutlicher wird die Erstarkung der Herztätigkeit. Wenn aber nach länger als einer Woche keine Zunahme des Appetits erfolgt, so ist dies ein schlechtes prognostisches Zeichen.

Sehr wertvoll ist diese Unterernährung bei der Herzschwäche der Greise. Es sind entweder hartnäckige Bronchitiden mit starker Kurzatmigkeit oder Magenbeschwerden,



die das Erlahmen der Herztätigkeit bei Greisen anzeigen.

Die Karellsche Milchkur ist also eine wertvolle Entfettungskur, besonders für den Gebrauch des praktischen Arztes, wenn wir auch für die allgemeinere Anwendung die Kritik Hirschfelds beachten müssen.

Literatur.

Paul Friedrich Richter. Indikationen und Technik der Entfettungskuren. Halle a. d. S. Karl Marhold. Verlagsbuchhandlung 1908.

Wilhelm Schlesinger. Ärztliches Handbuch für hygien.-diätet. Kuren. Frankf. a. M.

V. Noorden, Nothnagels Handbuch d. spez. Path.

Th. Karell, Archives generales de médizine 1868.

V. Leyden, Handbuch der Ernährungstherapie, Bd. I.

Felix Hirschfeld, Berlin. Klin. Wochensch. 1892, Nr. 11 und 35.

Felix Hirschfeld, Deutsche med. Woch. 1897, Nr. 7 und Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 30, 1908.

L. Jakob, Münch. mediz. Wochenschr. 1908, Nr. 16 u. 17.

F. Moritz, Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 30.

L. Brieger, Berl. klin. Wochensch. Nr. 30, 1908.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Noch einmal das diagnostisch-therapeutische Institut. — Ein Seuchengesetz.)

Wir müssen betreffs des schon gekennzeichneten Projektes eines „diagnostisch-therapeutischen Institutes“ nachtragen, daß es uns bekannt war, daß im Schoße der Ärztekammer Untersuchungen über den Charakter des Institutes gepflogen wurden. Trotzdem beleuchteten wir in unserem ersten Artikel die famosen Statuten, da es uns ebenso bekannt war, daß die Freunde des Gründers in der Ärztekammer in dieser Gründerei etwas „Großes“ sahen und die Gegner sehr wohl einer Unterstützung bedurften. Das Projekt wurde denn auch in einer eklatanten Weise abgetan, was der Gründer aber noch nicht verschmerzt zu haben scheint, denn er ließ sich schon Visitkarten mit dem stolzen Titel: Direktor des diagnostisch-therapeutischen Institutes anfertigen. Wir werden deshalb, wenn er mit anderen Mitteln die Idee zu verwirklichen sucht — die jetzigen Mittel waren „verfehlt“, wie seine Freunde melancholisch versichern — auch am Platze sein.

Nachdem wir schon längst ein Seuchengesetz für — Tiere hatten, verdanken wir der russischen Cholera, daß man endlich daran geht, auch ein Seuchengesetz für Menschen einzubringen, obwohl es hohe Kosten verursacht, wie tränenden Auges der Exfinanzminister Korytowski versicherte.

Die Regierung hat am 15. d. M. den Entwurf eines Gesetzes betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Herrenhause des Reichrates zur verfassungsmäßigen Behandlung eingebracht. Wie bereits bekannt, sind die Vorarbeiten und Verhandlungen über die Erlassung besonderer gesetzlicher Epidemievorschriften schon seit Jahren im Zuge. Mit dem immer innigeren Wechselbeziehungen der verschiedenen Völker und Bevölkerungskreise macht sich in der Sanitätsverwaltung das Bedürfnis nach klaren gesetzlichen Grundlagen für die Einleitung von Schutzmaßnahmen gegen übertragbare Krankheiten mit steigendem Nachdrucke geltend. Die zunehmende Intensität des öffentlichen Verkehres und die Verdichtung der Bevölkerung in den großen Handels- und Industriezentren bringen naturgemäß eine erhöhte Gefahr durch Verschleppung von Epidemien mit sich; sie lassen es als geboten erscheinen, daß der Verbreitung jeder auftretenden Infektionskrankheit mit den auf Grund der Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft verfügbaren Mitteln und Maßnahmen rechtzeitig und wirksam begegnet werden könne. In ihren einzelnen Bestimmungen besteht die Regierungsvorlage aus folgenden fünf Hauptstücken:

„Ermittlung der Krankheit“, wobei das Schwergewicht der zu erlassenden Vorschriften in der Anzeigepflicht und in der Feststellung eines bestimmten Kreises anzeigepflichtiger Krankheiten gelegen ist. Im Falle des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit haben die Maßnahmen des Entwurfes in weiterem oder engerem Umfange Platz zu greifen.

„Vorkehrungen zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten“; die einzelnen Schutzmaßnahmen wurden an der Hand der medizinischen Fachgutachten als anwendbar bezeichnet. Die wichtigsten von diesen Maßnahmen bestehen in der zwangsweisen Isolierung und Desinfektion in der Abschließung, eventuell Räumung von Wohnungen, der Ausschließung kranker oder krankheitsverdächtiger Personen vom Besuche von Lehranstalten oder in der gänzlichen Schließung der letzteren, in der Beschränkung

Feuilleton.

Die klinische Beurteilung des Schmerzes.

Von **Alfons v. Rosthorn.**

(Fortsetzung.)

Eine Kategorie von sensiblen Reflexvorgängen bedarf hier noch einer wesentlich eingehenderen Würdigung, das ist das Auftreten von Hyperalgesie im Bereiche bestimmter segmentaler Hautzonen bei Erkrankungen viszeraler Organe. Ihr Entdecker, der englische Kliniker Head, hat ihnen eine äußerst sorgfältige Durchforschung angedeihen lassen. Seiner Lehre gemäß fehlt den inneren Organen vor allem der Lokalisationssinn; sie verhalten sich ganz analog Hautabschnitten, deren Schmerzempfindung wesentlich herabgesetzt ist. Der das Organ betreffende Reiz wirkt nach jenem Rückenmarksegment, von dem seine sensiblen Nerven herstammen. Dort kommt er in nahe Beziehung zu den Schmerzempfindungsbahnen, die der Körperoberfläche angehören und aus demselben Segmente stammen. Aber das Lokalisationsvermögen der letzteren übertrifft das der inneren Organe derart, daß das Diffussionsgebiet gewissermaßen durch einen Urteilsfehler in den Bewußtseinskreis gelangt und der Schmerz auf die Körperoberfläche anstatt auf das tatsächlich erkrankte Organ bezogen wird. Außer dieser Steigerung der Hautempfindlichkeit für Schmerzen rufen viszerale Erkrankungen auch solche für Hitze und Kälte, niemals jedoch eine einfache Berührungshyperästhesie hervor. Die Beziehungen zu den trophischen Nervenbahnen finden ihren Ausdruck in analog ausgebreiteten trophischen Störungen (segmental ausgebreiteter Herpes zoster).

Head hat nun durch seine mühevollen Untersuchungen für jedes innere Organ die Begrenzung der ihm zugehörigen, hyperalgetisch werdenden Hautzone genau bestimmt, deren Maxima fixiert und das Ganze übersichtlich geordnet.

Auf eine analoge gesetzmäßig kausale Beziehung zwischen Erkrankung der vegetativen Organe und ausstrahlenden konsensuellen Störungen segmentaler Art hat Kyri hingewiesen. Er betonte hiebei die Beziehungen des Sympathikus zu Motilitätsstörungen, Tonuslähmungen, für welche gewisse anatomische Befunde, so der Nachweis sympathischer Elemente in den Spinalganglien (Ramon y Cajal, Lenhossek) maßgebend sein dürften. In Fällen von Ovarie lassen sich nach Kyri bei exakter Prüfung die oberflächlich gelegenen Druckschmerzpunkte an jenen Stellen nachweisen, an denen die Rami perforantes die faszielle Bekleidung der Bauchwandmuskeln durchbrechen, um die Haut mit sensiblen Ästen zu versorgen. Andere derartige Durchbruchstellen sind die des Nervus cutaneus femoris externus und der Nervi clun. superiores. Anatomisch entspringen diese Hautäste aus den Wurzeln des zwölften dorsalen und ersten und zweiten Lumbalnerven. Diese stehen wieder mit den renalen, bezw. spermatikalen Ganglien, von denen die Ovarialnerven abgehen, in Verbindung und so finden diese Beziehungen eine anatomische Grundlage. Auch die Kreuz- und Rückenschmerzen machen sich nach diesem Autor immer in jener Höhe geltend, in der diese Nerven mit den mitaffizierten Rami communicantes in Verbindung stehen.

Wenn wir uns mit den die Gynäkologen besonders interessierenden Organen hier kurz beschäftigen wollen, so käme zunächst der Eierstock in Betracht. Von dem normalen



der Wasserbenutzung, des Lebensmittelverkehres, im Verbote größerer Ansammlungen, in besonderen Überwachungsvorschriften bezüglich ansteckungsverdächtiger Personen, in der Beschränkung gewerblicher Betriebe, welche besondere Krankheitsgefahren begründen, in Verkehrsbeschränkungen für krankheitsverdächtige Personen und Gegenstände gegenüber bestimmten Gebieten des Inlandes und gegenüber dem Auslande, in der Bestellung von Epidemieärzten usw.

„Schadenersatz" für die bei der Desinfektion beschädigten oder vernichteten Gegenstände und „Bestreitung der Kosten" der Epidemiebekämpfung. Als Korollar für die im öffentlichen Interesse notwendigen Eingriffe in Individualrechte soll, nach dem Entwurfe, eine billige Vergütung für die bei der zwangsweisen Desinfektion beschädigten und für vernichtete Gegenstände insoweit gewährt werden, als durch den verursachten Schaden oder den Verlust des Gegenstandes eine Gefährdung oder wesentliche Beeinträchtigung der wirtschaftlichen Lage des Entschädigungsberechtigten herbeigeführt wird. In gleicher Weise werden, angesichts der großen Anforderungen, welche gerade in Epidemiefällen an die Pflichttreue und den Opfermut des ärztlichen Standes herantreten, den bei der Epidemiebekämpfung verwendeten Ärzten und deren Hinterbliebenen, mangels weitergehender Pensionsansprüche, besondere Ruhe- und Versorgungsgenüsse zugesichert; überdies sollen besonders hingebungsvolle Leistungen bei der Epidemiekämpfung durch Prämien und Vergütungen remuneriert werden.

„Strafbestimmungen", die einerseits auf eine wirksame Remedur gegen Gefährdungen der Öffentlichkeit durch Verletzung der Schutzvorschriften im Wege der Strafandrohung, der Beschlagnahme und des Verfalles von Gegenständen, andererseits auf eine den modernen Verwaltungsgrundsätzen entsprechende Abgrenzung der politischen von der gerichtlichen Strafbarkeit abzielen; auch haben die veralteten Bestimmungen des allgemeinen Strafgesetzes über die Gefährdung der Gesundheit durch übertragbare Krankheiten eine den gegenwärtigen Verhältnissen entsprechende Textierung erfahren.

„Allgemeine Bestimmungen", unter welchen die behördlichen Kompetenzen in der Weise festgesetzt werden, daß die bestehende Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes nach dem Reichssanitätsgesetze vollständig unbeeinträchtigt bleiben soll; die Handhabung der Epidemieschutzmaßnahmen obliegt demnach in allen Fällen den politischen Behörden, und sind hiebei die nächstliegenden Maßnahmen örtlicher Natur in erster Linie vom Gemeindevorsteher im übertragenen Wirkungskreis unter der Aufsicht der politischen Verwaltungsbehörde zu besorgen.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

(Fortsetzung.)

Im großen Saale des Gürzenich fand am 24. September die Geschäftssitzung der diesjährigen Tagung statt, in der zum ersten Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft der Naturforscher und Ärzte für das Jahr 1909 Prof. Dr. Rubner (Berlin) wiedergewählt wurde. Für 1909 wurde Salzburg als Tagungsort und zum Kustos Prof. Fugger, sowie Stadtphysikus Dr. Würtenberger als Geschäftsführer gewählt. Der Vorstand plant die Herausgabe einer Geschichte der Naturforscherversammlungen.

Im Anschluß an die Geschäftssitzung traten ebenfalls im großen Saale des Gürzenich die naturwissenschaftliche und die medizinische Hauptgruppe der Gesellschaft zu einer sehr stark besuchten Gesamtsitzung zusammen, in der an erster Stelle Prof. Dr. Wiener-Leipzig über Farbenphotographie und verwandte naturwissenschaftliche Fragen sprach. Nach einleitenden Experimenten über die Entstehung der physikalisch einfachen farbigen Strahlen durch Zerlegung der weißen Strahlen mit dem Prisma, setzte der Redner die verschiedenen Arten der objektiven und subjektiven additiven Strahlenmischungen auseinander und ging dann zur Besprechung der Entstehungsweise der Körperfarben über. Er zeigte hierauf durch ein Experiment, wie man durch Mischung roter, grüner und blauer Strahlen in wechselnden Helligkeitsverhältnissen alle uns bekannten Farbentöne herstellen kann. Die vermöge dieses Umstandes möglichen drei Farbenverfahren durch additive Strahlenmischung und subtraktive Farbstoffmischung wurden danach besprochen. Es gelangten dazu Farbenphotographien zur Projektion mit Hilfe eines nach dem Ivestschen Vorbild sorgfältig durchkonstruierten Apparates

---

Organe geht, wenn es bei bimanueller Untersuchung stärker komprimiert wird, kein Schmerz, aber eine eigentümliche unangenehme Sensation aus, welche mit der durch Kompression des Hodens entstandenen verglichen zu werden pflegt. Bei Operationen erscheint der Eierstock, wie schon erwähnt, vollkommen unempfindlich. Man kann schneiden, stechen, brennen, ohne daß es von der Patientin bemerkt wird. Auch der Ovulationsprozeß verläuft vollkommen schmerzlos. Dagegen ist die Abbindung des Stieles schmerzhaft und kann sogar Shockerscheinungen im Gefolge haben. Die Kompression des entzündlich erkrankten Organes läßt einen ganz bestimmten Schmerz entstehen, welcher, wie der spontane Organschmerz, von der Kranken deutlich nach der Lendengegend, zuweilen auch in die Gegend oberhalb oder seitlich vom Nabel verlegt wird. Der Schmerz wird demnach nach der zehnten Headschen Dorsalzone reflektiert. Die Charcotsche Ovarie bei Hysterischen hat bekanntermaßen mit dem Ovarium nichts zu tun. Sie dauert, wie wir alle erfahren haben, trotz erfolgter Kastration hartnäckig fort und kommt auch bei männlichen Individuen vor. Bei ausgesprochenem Tiefstande der Ovarien, beim Herabgesunkensein derselben in die Douglassche Tasche, wird über einen eigenartigen Zerrungsschmerz geklagt. Ob dieser als echte Ovarialneuralgie aufzufassen sei, für deren Existenz Olshausen lebhaft eingetreten ist, erscheint den meisten Autoren zweifelhaft. Wenn die Eierstöcke in Adhäsionen eingehüllt sind (Perioophoritis), dann ist deren bimanuelle Tastung zuweilen recht empfindlich.

Ebenso stellt sich der normale Eileiter als vollkommen unempfindliches Organ dar; der entzündlich erkrankte, ruft ebenso wie der Eierstock bei Kompression eine bestimmte Schmerzkategorie hervor (Martins Zeichen); derselbe wird an der Haut analog den Verhältnissen beim Nebenhoden nach der elften und zwölften Dorsalzone von Head projiziert. Der Organschmerz kann bei Salpingitis sehr heftig werden. Bekannt ist die Tubenkolik, eine Art Kontraktionsschmerz, beruhend auf Zusammenziehungen der hypertrophierten Tubenmuskulatur infolge der andauernden Bestrebungen zur Ausstoßung des angestauten eitrigen Inhaltes. Hydrosalpinxsäcke sind meist ganz unempfindlich. Die Ruptur eines tubaren Fruchtsackes wird oft gar nicht bemerkt, indes die Ausstoßung des Eies beim tubaren Abortus einen Schmerz auslöst, der von Individuen, die bereits geboren haben, mit dem Wehenschmerz bei der gewöhnlichen Fehlgeburt verglichen wird.

Die geringe oder gänzlich fehlende Empfindlichkeit der Scheide und der Portio vaginalis sind hinlänglich bekannte Dinge. Selbst schwere Schädigungen, wie sie durch zu große Pessarien verursacht werden (Druckdekubitus), werden von den Trägerinnen gar nicht bemerkt, wenn nicht der hartnäckige Ausfluß sie auf etwas Abnormes aufmerksam machen würde. Zur Ausführung plastischer Operationen bedarf es zumeist nicht einmal der lokalen Anästhesie, wenn nicht der Scheideneingang und der Damm dabei in Betracht kommen. Die von Calmann unternommenen, systematischen Sensibilitätsprüfungen an den Wandungen der Scheide ergaben, daß der Ortsinn nicht einmal für eine genauere Unterscheidung zwischen Harnröhre und Scheide genügend entwickelt sei und daß die Beurteilung für Form, Größe und Beschaffenheit eingeführter Gegenstände vollkommen mangle. Es besteht

und mit Hilfe des Dreifarbenprojektionsapparates von Prof. Miethe (Charlottenburg), der seinen Apparat und vorzügliche Bilder zur Verfügung gestellt hatte. Endlich kamen Lumièresche Autochrombilder und nach einem modifizierten Sanger-Shepardschen Verfahren von Dr. Dahme (Leipzig) hergestellte Dreifarbenbilder zur Projektion. Bei der Besprechung der Dreifarbendrucke gab der Redner der Ansicht Ausdruck, daß die bisher in ausgedehnter Weise ausgeübte Retouche vielleicht auf ein geringeres Maß eingeschränkt werden könnte, wenn man das Verfahren nach strengeren wissenschaftlichen Grundsätzen durcharbeiten würde.

Dr. Wiener behandelte dann die direkten oder eigenfarbigen Verfahren, bei denen die exponierte photographische Platte selbst Farben annimmt. Dahin gehört zunächst das Lippmannsche Interferenz- oder Strukturverfahren, nach dem von Prof. Neuhaus und Dr. Lohmann hergestellte Bilder projiziert wurden. Zuletzt kam das Körperfarben- und Ausgleichsverfahren zur Besprechung, bei dem ein schwarzes Farbstoffgemisch hinter einem farbigen Diapositive unmittelbar die Farben des Originals annimmt. Es wurde die Hoffnung ausgesprochen, daß das zwar theoretisch interessante, bis jetzt aber praktisch noch wenig befriedigende Verfahren von den Praktikern noch weiter vervollkommnet werden möchte. Schließlich ging der Redner auf die Bedeutung der Farbenphotographie für die Theorie unserer Wahrnehmung ein, wobei er die Heringsche Theorie als die aussichtsvollste bezeichnete und ferner auf merkwürdige unmittelbare Farbenanpassungen in der Natur hinwies, wie sie bei Raupen und Puppen beobachtet werden. Dabei kamen auch die erstaunlichen Beobachtungen von Standfuß-Zürich an Schmetterlingen zur Sprache, in denen Standfuß eine Stütze erblickte für die Annahme, daß unter Umständen auch erworbene Eigenschaften vererbt werden könnten. Zuletzt erklärte der Redner, daß er einen wesentlichen Antrieb zu seinen theoretisch-experimentellen Untersuchungen auf dem Gebiete der Farbenphotographie, die für die Praxis nicht ganz ohne Folgen geblieben sind, durch die von der Maxwellschen elektromagnetischen Lichttheorie angeregten Hertzschen Versuche erfahren habe. Wenn daher auch die greifbaren Erfolge nur den Männern der Praxis zu denken seien, so sei es doch wünschenswert, daß es irgendwo im Staate eine Stelle geben würde, wo sich Männer, unbekümmert um Nebenabsichten, der reinen Wissenschaft hingeben könnten. Denn allein das vollkommene Durchschauen der Natur ermögliche die sachgemäße Bewältigung aller praktischen Aufgaben. Im eigensten Vorteil des Staates liege daher eine freie Wissenschaft, frei von dem Ausweis unmittelbarer Nützlichkeit, frei selbstverständlich von allen Beschränkungen, wie sie aus der Zeit vergangener Kulturzustände stammen.

An zweiter Stelle sprach Prof. Dr. Döflein-München über die Trypanosomen und ihre Bedeutung für Zoologie, Medizin und Kolonialwirtschaft. Einleitend gibt der Vortragende eine Schilderung der Nagana- oder Tsetsefliegenkrankheit. Zum Vergleich mit ihr werden die wichtigsten sonstigen Trypanosomen: die Surra, die Dourino oder Beschälseuche, das Mal de Caderas, die Galziekte und vor allem die Schlafkrankheit des Menschen charakterisiert. Sie alle entstehen durch Überschwemmung des Blutes mit zahllosen Trypanosomen. Da den Blutparasyten in dem geschlossenen System des Blutkreislaufes keine Austrittspforte geboten ist, müssen besondere Verknüpfungen es ihnen ermöglichen, von einem Individuum auf das andere zu gelangen, um es zu infizieren. Die direkte Übertragung durch Blutsauger und beim geschlechtlichen Verkehr, vor allem aber der Wirtswechsel wurden eingehend erörtert. Schaudinn und seine Anhänger, auch viele der selbständig auf diesem Gebiet arbeitenden Forscher, wurden durch die kurz vorher festgestellten Tatsachen des kombinierten Wirts- und Generationswechsels bei den Malariaparasiten veranlaßt, nach einem solchen zu suchen. Der Redner beweist, daß an der gegenwärtig herrschenden Auffassung der Trypanosomen und ihrer Abhängigkeit von wirbellosen Blutsaugern viel Unbewiesenes und Problematisches ist. Vor allen Dingen wird betont, daß die Untersuchung der Weiterentwicklung der Trypanosomen der Nagana und der Schlafkrankheit in den Tsetsen vollkommen zum Stocken gekommen ist und keine Resultate geliefert hat, die für das Vorkommen einer besonderen Generation in den Tsetsen sprechen.

Gegenüber der von der Schaudinnschen Schule entwickelten Auffassung der Lebensgeschichte der Trypanosomen wird sodann eine hauptsächlich auf den Beobachtungen Kochs und seiner Schule und des Amerikaners Nory und seiner Schule sich aufbauende Hypothese entwickelt. Auf Grund der Impfungs- und Kulturversuche wird die auffallend große Anpassungs- und Veränderungsfähigkeit der Trypanosomen in ihrer großen biologischen Bedeutung betont. Es

---

in dieser Hinsicht auch kein wesentlicher Unterschied zwischen Nulliparen und Multiparen, sowie zwischen Schwangeren und Nichtschwangeren. Die Ausführung der Tamponade wird meist gar nicht empfunden. Hingegen soll ein geringes Unterscheidungsvermögen von Wärme und Kälte im Scheidenrohre selbst gegeben sein.

Das Anhaken der Portio mit dem Häckchen oder mit der Muzeuzschen Zange wird, wenn auch noch so vorsichtig und langsam ausgeführt, von den Kranken oft unangenehm empfunden, während Skarifikation und Spaltung bei Diszission, sowie Anfrischung und Naht bei der Emmetschen Operation kaum gefühlt wird. Bekannt ist dagegen der Dehnungsschmerz bei eröffneter Wehentätigkeit, sowie die schmerzhafte Sensation bei Vornahme der brüsken Dilatation mit Metallstiften, so daß wir uns gewöhnt haben, diese nur in der Narkose vorzunehmen.

Die Empfindlichkeit der Innenfläche der Gebärmutter ist individuell schon im normalen Zustande eine wechselnde. So wird die Sondierung oft gar nicht gefühlt. Dieses Fehlen des Berührungsgefühles bei Sondierung ist schon von älteren Autoren (P. Berger, Tarlieu) konstatiert worden, welche ihre Untersuchungen von forensischen Gesichtspunkten aus unternommen hatten. Manchmal löst die Sondierung jedoch eine deutliche Empfindnng aus, welche von einzelnen Patientinnen mit einer bei der Menstruation auftretenden Sensation als identisch beschrieben wird und die jener beim Einlegen vom Quellstiften und intrauterinen Pessarien gleichkommen soll. Bei engem inneren Muttermunde und zuweilen auch bei Berührung des Fundus uteri mit der Sonde wird ein ausgesprochener Schmerz empfunden, der besonders gerne nach der Magengegend irradiiert.

Die Gebärmutter hat bekanntlich das Bestreben, eingeführte Fremdkörper oder eingespritzte Flüssigkeit, aber auch Blutgerinnsel und gestielte Neubildungen durch Zusammenziehen auszustoßen. Der hierbei ausgelöste Kontraktionsschmerz wird als uterine Kolik bezeichnet. In diese Schmerzkategorie sind die mechanische Dysmenorrhoe bei Stenose, die Nachwehen am puerperalen Uterus und die Schmerzen bei fibrösen Polypen einzureihen.

Für die normalerweise fehlende Sensibilität der Gebärmutterinnenfläche und der Gebärmutterkörperwand spricht die Unempfindlichkeit bei Perforation und Ruptur.

Anders liegen die Verhältnisse bei entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut; hier kann die Innenfläche sehr empfindlich werden. In den Fällen von Endometritis dolorosa überdauert heftige Schmerzempfindung die erfolgte Sondenuntersuchung zuweilen recht lange.

Nach Head lassen chronisch entzündliche Veränderungen der Zervix, wenn der Schmerzsitz wechselt (Kreuz-, Lenden-, Leistengegend), annehmen, daß es sich um zwei verschiedene Zonen handelt; der untere Teil der Zervix oberhalb des äußeren Muttermundes scheint der dritten und vierten Sakralzone, die obere Partie in der Gegend des inneren Muttermundes der elften Dorsal- und vierten Lumbalzone zu entsprechen.

(Forts. folgt.



werden die Erfahrungen über Immunität und Virulenz erörtert und auf Grund dieser die Möglichkeit der Überführung einer Art in eine andere. Die Erörterung der Kultur-Trypanosomen führt zum Vergleich mit den zur Gattung Herpetomonas gerechneten Parasiten des Darms der Insekten. Wie Trypanosoma sich in Herpetomonas umwandeln kann, so auch umgekehrt. Die neue Hypothese nimmt nun an, daß durch wiederholtes Stechen eines blutsaugendes Insektes an derselben Wirtsart, die in seinem Darm vorhandenen Herpetomonas sich in Trypanosomen umwandeln, die gegen die Antikörper des betreffenden Wirtes immun sind.

Durch wiederholte Passagen durch den gleichen oder verschiedene Wirte entstehen stärker oder schwächer virulente Rassen. Diese können durch verschiedene Voliten sich weiterverbreiten und eine Seuche erzeugen. Wirtswechsel ist nicht notwendig. Neue Stämme pathogener Trypanosomen können jederzeit entstehen. Zum Schlusse erörterte der Redner die Frage, inwiefern die erörterten Tatsachen und Hypothesen für den Fortschritt in Medizin, Zoologie und Kolonialwirtschaft von Bedeutung sind. Bei Erörterung der Abwehrmaßregeln in den Kolonien wird zur Stellungnahme zu den Kochschen Vorschlägen aufgefordert. Schließlich wird gezeigt, daß nur durch brüderliches Zusammenarbeiten der Medizin und der Naturwissenschaften auf diesem überaus schwierigen Gebiete Fortschritte zu erzielen sind. Der gute Anfang dazu, den die letzten Jahre gebracht haben, ist freudig zu begrüßen.

Prof. Dr. Remelé-Eberswalde berichtete in einer gemeinschaftlichen Sitzung der Abteilungen für Physik und Chemie über chemisch wirkende elektrische Strahlungen.

Der Vortragende hat schon vor $2^1/_2$ Jahren eine merkwürdige Beobachtung am Borstickstoff gemacht. Von dieser Substanz wurde ungefähr ein Gramm auf eine in undurchsichtiges schwarzes Papier eingewickelte, mit der Bildschicht nach oben gewendete Bromsilbergelatineplatte gelegt und bei völligem Lichtausschluß sich selbst überlassen. Nach einer Expositionszeit von 2 Jahren 2 Monaten und 8 Tagen, bei deren Dauer der Zufall etwas mitgewirkt hat, wurde die Platte entwickelt und lieferte nun ein Strahlungsnegativ von ganz demselben Charakter und ebenso ausgeprägt wie die, die man mit den Uran- und Thorsubstanzen und schneller mit Radiumpräparaten bekommt. Ein anderer Versuch ergab dieselbe photographische Wirkung. Der Borstickstoff leuchtet mit schönem grünlich-weißem Licht, wenn er in einer nichtleuchtenden Gasflamme erhitzt wird. Diese Lichterscheinung ist aber nicht, wie bisher allgemein angenommen wurde, an ein Erglühen gebunden. Die Strahlung des leuchtenden Borstickstoffes geht nicht bloß durch photographisches Schleierpapier hindurch, sondern auch durch andere undurchsichtige Medien, wie Leder und Kautschuk, weiter noch durch bedecktes Glas. Auch von einem Präparat vom menschlichem Körper wurde damit durch schwarzes Papier ein Schattenbild erhalten. In erster Linie wird jene Strahlung durch die Elektrizität der Flamme erregt, außerdem aber auch durch Radiumbestrahlung und durch den elektrischen Funkenstrom, dagegen nicht durch Röntgenstrahlen.

Es lag nahe, dem Borstickstoff radioaktive Eigenschaft im Curieschen Sinne zuzuschreiben. Allein keine Spur einer solchen ließ sich mit dem empfindlichsten Elektrometer nachweisen. Es können also nur rein elektrische Vorgänge im Spiel sein. Diese Annahme wurde auch durch ausgedehnte elektroskopische Versuche bestätigt. Nähert man den in einer Flamme zum starken Leuchten gebrachten Borstickstoff rasch einem negativ geladenen Elektroskop, so wird dieses entladen, ebenso aber geschieht dies auch durch glühende Metalle und andere feste Körper. Hierbei handelt es sich offenbar bloß um die Einwirkung der in Berührung mit dem erhitzten festen Körper positiv geladenen heißen Gase. Bringt man dagegen an einen Elektromotor in leitender Verbindung mit den jetzt gewöhnlich benützten Aluminiumplättchen eine Metalltrommel an, und schüttet in diese das Borstickstoffpulver, so nimmt das entladende Instrument in kurzer Zeit eine rasch zunehmende negative Ladung an, während das positiv geladene Elektrometer umgekehrt sofort durch diese nämliche Substanz entladen wird. Daraus folgt, daß negativ elektrische Teilchen vom Borstickstoff ausgesendet werden. Der Vortragende bezeichnet mit dem Namen Elektroaktivität die photographische und elektroskopische Wirksamkeit, wie sie beim Borstickstoff sich äußert. Dieses auffallende Verhalten muß eine Beziehung haben zu der chemischen Natur des Stoffes, denn bei keiner anderen Borverbindung und ebensowenig beim freien Bor fand sich etwas derartiges. Man kommt also zu der Vermutung, daß der Stickstoff im Spiele ist und es wurden deshalb noch weitere Verbindungen des letzteren mit einem anderen Element untersucht. In der Tat wirkte Magnesiumnitrid und mehr noch Lithiumnitrid bei Lufttemperatur durch schwarzes Papier hindurch langsam auf die Trockenplatte. Am auffälligsten aber geschah dies durch frisch bereitetes Urannitrid, indem genau unter der Stelle, wo es neben vier anderen Uranpräparaten und einem Stück Uranpecherz gelegen hatte, nicht bloß eine Schwärzung im Negativ, sondern an dessen Oberfläche eine glänzend grünliche auf einen besonders kräftigen Vorgang hinweisende metallische Ausscheidung entstand.

(Forts. folgt.)

Dritter internationaler Kongress für Irrenpflege in Wien.

(Fortsetzung.)

Oberinspektionsrat Fedor Gerenyi referierte über das Thema „Irrenpflege und Verwaltung“ und führte aus:

Sind die Fortschritte, welche die menschliche Kultur in den letzten zwei Jahrhunderten zurückgelegt hat, schon an und für sich außerordentliche, so werden sie völlig wunderbar, wenn man die Machtfülle der darum jeder Neuerung abholden Bureaukratie des 18. und der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Betracht zieht. Erst mit der Heranziehung der Bevölkerung zur Mitwirkung bei der öffentlichen Verwaltung ist das beengende Verantwortlichkeitsgefühl der Bureaukratie einer freieren Auffassung gewichen und in dem Maße als die Selbstverwaltung ihre Ausbildung erfahren hat, fand auch allmählich ein moderner Geist bei den verschiedenen Ämtern und Behörden Eingang. Den einschneidensten Einfluß auf die Lebensverhältnisse der Bevölkerung hat wohl den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft mit sich gebracht. Die öffentlichen und privaten Bauten, die Straßenpflege, die Wasserversorgung und Kanalisation stehen unter dem Einflusse der Hygiene. Je intensiver die Anwendung der modernen hygienischen Vorschriften in der öffentlichen Verwaltung erfolgt, um so vorgeschrittener ist der Kulturzustand der verwalteten Gebiete.

Dasjenige Spezialgebiet der medizinischen Wissenschaften, das vielleicht die augenfälligsten Neuerungen zur Folge gehabt hat, ist jenes der Psychiatrie. Die Herstellung neuer Irrenanstalten, die Beschäftigung der Geisteskranken in der Landwirtschaft und in Werkstätten und die Familienpflege bilden gegenüber den alten, geschlossenen Irrrenanstalten, als deren berühmtestes Denkmal vielleicht der noch bestehende, allerdings als Irrenanstalt aufgelassene, Irrenturm in Wien zu bezeichnen ist, einen so ungeheuren Fortschritt, daß an diesem allein schon zu erkennen wäre, welche Umwandlungen die menschlichen Anschauungen in kurzer Zeit erfahren können. Für Conolly, Pinel und die ihnen nacheifernden Ärzte war die freie Behandlung der Geisteskranken sicherlich nur eine rein ideale Frage. Die Übertragung der in Gheel unter besonderen lokalen Verhältnissen entstandene Familienpflege nach Frankreich und Deutschland ist schon unter dem vorwiegenden Gesichtspunkte der Erzielung von Ersparungen durch Vermeidung von Anstaltsbauten erfolgt und auch bei allen späteren Anstaltsgründungen nach dem „Offenen Tür“-System war der finanzielle Standpunkt so ziemlich der ausschlaggebende. Die Fürsorge für schwachsinnige und idiotische Kinder war in erster Linie



eine reine Frage der Menschlichkeit. In späterer Folge ist die Erkenntnis gereift, daß eine zeitgerechte Erziehung von idiotischen und schwachsinnigen Kindern geeignet ist, den in jedem Geschöpfe wohnenden Betätigungstrieb in geregelte Bahnen zu lenken und daß in solchen Anstalten herangebildete Zöglinge eine nutzbare Verwendung in Anstaltsbetrieben finden können. Eine ihrer Aufgabe gewachsene Verwaltung wird daher bei Errichtung neuer Irrenanstalten darauf Bedacht nehmen, daß alle jene Erfahrungen, welche sich hinsichtlich der freien Behandlung und der Beschäftigung der Geisteskranken in schon bestehenden Anstalten ergeben haben, nutzbringend verwendet und daß jene Einrichtungen im reichlichen Maße geschaffen werden, welche notwendig sind, um eine möglichst große Zahl von Kranken zu nutzbringender Verwendung ihrer physischen Fähigkeiten heranzuziehen.

Mit der Errichtung von Irrenanstalten, von landwirtschaftlichen Kolonien für Geisteskranke und der Einführung der Familienpflege hat aber die Verwaltung die Aufgaben, die ihr auf dem Gebiete der Irrenpflege erwachsen, noch lange nicht erfüllt. Will sie großzügig und weitsichtig sein, so wird sie vor allem die in ihrem Verwaltungsgebiet entscheidenden Ursachen der Geistesstörung zu ermitteln und dahin zu streben haben, diesen Ursachen so viel als möglich entgegenzutreten. In fast allen modernen Kulturstaaten können als maßgebendste Ursachen für die Geistesstörung angesehen werden: die gesteigerten Anforderungen, welche der Kampf ums Dasein den erwerbenden Ständen auferlegt, und der Alkoholismus. Der Einfluß der gesteigerten Anforderungen, welche die moderne wirtschaftliche Evolution an die physischen und geistigen Kräfte des einzelnen Individuums stellt, auf die Volksgesundheit ist ja allgemein bekannt und würde die vollständige Beseitigung dieses Einflusses mit der Lösung der sozialen Frage zusammenfallen; eine Utopie, die ein ernst denkender Mensch für wirklich erreichbar kaum halten kann. Es gibt aber doch eine Reihe von Maßnahmen, welche geeignet erscheinen, diese gesteigerten Anforderungen wenigstens teilweise herabzusetzen. Sie liegen in der Verkürzung der Arbeitszeit, in einer strengen Einhaltung der Sonntagsruhe, in der obligatorischen Gewährung einer angemessenen Urlaubszeit für geistige Arbeiter. Eine Herabsetzung der unverhältnismäßig gesteigerten Lebensansprüche herbeizuführen, ist wohl ein kaum erreichbares Ziel. Trotz alledem wird die Überarbeitung einzelner nicht zu vermeiden sein und es ist daher Aufgabe der öffentlichen Verwaltung, dafür Vorsorge zu treffen, daß Personen, die durch Überarbeitung oder sonstige Umstände in ihrem Nervensystem eine Erschütterung erfahren haben, die Gelegenheit geboten wird, sich unter sachverständiger ärztlicher Führung in guter Luft und bei geregelter körperlicher Beschäftigung wieder zu erholen und zu kräftigen. Diesem Zwecke dienen die Nervenheilanstalten, deren Errichtung seitens der maßgebenden Behörden alle Aufmerksamkeit zugewendet werden sollte.

Die neuerrichteten Anstalten für Geisteskranke in Wien am Steinhof und in Mauer-Öhling sind nicht reine Irrenanstalten, sondern Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke, welche volljährige, dipositionsfähige Nervenkranke, deren Erkrankung auf psychischer Grundlage beruht, gegen Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses, das die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung konstatiert, gegen Entgelt oder auch unentgeltlich aufnehmen, behandeln und verpflegen. Die größte Schwierigkeit für den Zuzug wahrhaft bedürftiger Nervenkranker in die zu ihrer Behandlung bestehenden Anstalten bietet die Frage der Erhaltung ihrer Stellung und des Unterhaltes ihrer Angehörigen. In den meisten Fällen werden Nervenkranke die Anstaltspflege nicht aufsuchen wollen oder können, weil sie befürchten müssen, während der mehrmonatlichen Abwesenheit von ihrer Erwerbstellung diese zu verlieren oder weil es ihren Familienangehörigen an den notwendigsten Mitteln zur Bestreitung des Lebensunterhaltes mangelt. Eine moderne Verwaltung wird daher trachten, zugunsten solcher bedauernswerter Kranker bei ihren Arbeitgebern zu vermitteln, daß ihnen ihre Stellungen erhalten bleiben, und dahin wirken, ihnen angemessene Stellungen anderwärts oder Arbeit zu beschaffen, sie wird für die Unterstützung der Familien für die Dauer der Anstaltsbehandlung des Ernährers Sorge tragen, um in solcher Weise prophylaktisch größeres und für die öffentliche Verwaltung mit dauernder Belastung verbundenes Unglück hintanzuhalten.

Bei diesem Anlasse sei auch auf die allgemein bekannte, bedauerliche Tatsache hingewiesen, daß in bezug auf die Irrenpflege das große Publikum noch immer auf nahezu demselben Standpunkte steht wie zu jener Zeit, da psychisch Kranke als „Tolle“ betrachtet und mit Ketten gefesselt hinter vergitterten Fenstern und ängstlich versperrten Türen gefangen gehalten wurden. Die verschiedenen Formen der Geistesstörung sind dem großen Publikum noch lange nicht geläufig. Beweis dessen, daß erst vor ganz kurzer Zeit in Wien zwei junge Frauenspersonen Selbstmord aus „Furcht vor Paralyse“ unternahmen, obwohl auch nicht der geringste Anhaltspunkt dafür vorhanden gewesen ist, daß eine Paralyse in Betracht kommen könnte. Zur Bekämpfung des Vorurteiles gegen die Irrenanstalten dient nebst einer modernen baulichen Anlage und einer jede unnötige Verheimlichung vermeidenden Betriebsführung, die Wahl einer Bezeichnung für die Irrenanstalten als „Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke“, welcher der Öffentlichkeit den Begriff, daß die Irrenanstalt eine Krankenanstalt ist, näher bringt. Die Übernahme von Kranken aus den öffentlichen Irrenanstalten in die häusliche Pflege soll nicht unnötig erschwert werden, sondern es muß sich die Überzeugung verbreiten, daß bei Einhaltung der von der Anstalt vorgeschriebenen Vorsichtsmaßregeln jeder, selbst der schwerste Geisteskranke auf Wunsch der Familie in die häusliche Pflege abgegeben werden kann. Dem Vorurteile der Bevölkerung gegen den Bestand der Privatirrenanstalten wird am besten dadurch entgegengetreten, daß die öffentliche Verwaltung außer den Irrenanstalten für Zahlungsunfähige auch Institute zur Pflege und Behandlung von Geisteskranken der vermögenden Stände unterhält. Solche Institute sollen gewiß auch dazu beitragen, durch ihre Einnahmenüberschüsse die Kosten der öffentlichen Irrenpflege zu verringern, sie dürfen aber die Privatbetätigung auf dem Gebiete des Irrenwesens nicht vollständig unmöglich machen. Die öffentlichen Sanatorien für vermögende Kranke sollen — abgesehen von fiskalischen Interessen — lediglich den Zweck haben, der Bevölkerung die Beruhigung zu bieten, daß die Möglichkeit vorhanden ist, Kranke selbst bei den verwöhntesten Ansprüchen in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen. Gerade dort, wo vermögensrechtliche Interessen in Frage kommen, werden — wie die Erfahrung speziell in Niederösterreich zeigt — die Familien die öffentlichen Sanatorien den Privatirrenanstalten vorziehen, um von vorneherein dem Verdachte entgegenzuwirken, daß die Internierung des Kranken in einer Irrenanstalt seitens der Familie in der Absicht erfolgte, sich etwa seines Vermögens zu bemächtigen. Hat die Irrenanstalt einmal für die Bevölkerung alles Beängstigende verloren, und hat sich der Gedanke eingebürgert, daß sie eine Krankenanstalt ist, wie jede andere, und daß die Geistesstörungen eben auch nur Krankheiten sind, dann wird die Irrenanstalt, oder wie sie besser zu bezeichnen sein wird, die Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenkranke auch gern freiwillig aufgesucht werden, sie wird namentlich dann, wenn sie mit einem Ambulatorium für Nerven- und Geisteskranke verbunden ist, dazu dienen, psychische Erkrankungen schon in ihren Anfangsstadien zu beobachten und zu behandeln und damit den Zuwachs von Geisteskranken zu vermindern. Es werden dann die Irrenanstalten nicht ausschließlich dazu degradiert bleiben, nur bereits psychisch zerstörte Existenzen zu übernehmen, sondern es werden die Irrenanstalten auch prophylaktisch wirken und so manchen, der unter anderen Umständen der Geistesstörung unrettbar verfallen wäre, sich selbst, seiner Familie und der Gesellschaft erhalten können.

Als unmittelbare und mitwirkende Ursache bei dem Auftreten der Geistesstörung spielt der Alkoholismus eine



leider so bekannte Rolle, daß von der Anführung von statistischen Daten wohl abgesehen werden kann. Die Verwaltung kann in dem Kampfe gegen den Alkoholismus nur unterstützend mitwirken. Sie wird, wie dies speziell in Niederösterreich der Fall ist, den Alkoholgenuß aus den Irrenanstalten vollständig verbannen. Die öffentliche Verwaltung wird weiters für die Errichtung von Trinkerheil- und Trinkerversorgungsanstalten bedacht zu sein haben, oder dort, wo die lokalen Verhältnisse, vielleicht auch die finanzielle Lage, die Errichtung eigener Trinkerheilanstalten unmöglich machen, den freiwilligen Eintritt von Alkoholkranken in die Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke ermöglichen. Letzterer Weg ist, nachdem der Versuch der Errichtung einer Trinkerheilanstalt infolge der ungenügenden Vorbereitung der Bevölkerung für diese Einrichtung gescheitert war, in Niederösterreich betreten worden und hat sich als überaus erfolgreich erwiesen.

Es gibt kaum ein Gebiet der öffentlichen Verwaltung, welches mit der Irrenpflege nicht wenigstens in indirekten Zusammenhang gebracht werden könnte. Die Irrenanstalten stellen sozusagen ein Spiegelbild der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Staates dar, für welchen sie bestehen. Ein aufmerksames Studium der Krankenbewegung in den Irrenanstalten, der Krankheitsursachen, der Aufnahms- und Entlassungsumstände wird den Organen der öffentlichen Verwaltung manchen Aufschluß über die Zustände ihrer Gebiete erteilen, den sie in gleich zuverlässiger Weise anderswo kaum erlangen könnten.

Es wird eine dankenswerte Aufgabe späterer Kongresse für Irrenpflege sein, Erhebungen darüber zu pflegen, wie die Irrenpflege in den einzelnen Staaten der zivilisierten Welt organisiert ist, welche Institutionen der öffentlichen Verwaltung zu ihrer Behandlung kompetent sind, welche gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen in den einzelnen Staaten die Verwaltung der öffentlichen Irrenpflege regeln, welche Geldmittel per Kopf der Bevölkerung und per Kopf der verpflegten Geisteskranken in den einzelnen Staaten aufgewendet werden, welche Fortschritte die Organisation der Irrenpflege zu verzeichnen hat und inwieweit die Behörden der Prophylaxis gegen die Zunahme der Geistesstörungen Rechnung tragen.

Kommenden internationalen Kongressen für Irrenpflege soll daher auch die Zusammenfassung der Aufgaben der Verwaltung auf dem Gebiete der Irrenpflege in Leitsätzen vorbehalten bleiben, von deren Aufstellung der Berichterstatter aus dem Grunde Umgang nehmen zu sollen glaubte, weil er dieses sein Referat als nichts anderes angesehen wünscht, als eine Anregung, deren weitere Verfolgung das Zusammenwirken der Vertreter der öffentlichen Verwaltung in den bedeutendsten Kulturstaaten bedingt. (Schluß folgt.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 13. November 1908.

Erich Sluka stellt einen neunjährigen hochgradig abgemagerten, sehr blassen Knaben vor, bei dem besonders das Mißverhältnis zwischen dem stark aufgetriebenen Abdomen und den hochgradig abgemagerten Extremitäten auffällt. Der Bauchumfang in Nabelhöhe beträgt 59 *cm*, die Hautvenen über dem Bauch sind deutlich erweitert. Bei der Palpation stößt man im rechten und linken Epigastrium auf eine Resistenz, auf die stark vergrößerte Milz und die nicht weniger vergrößerte Leber. Der untere Milzpol steht 4 *cm* unter der Nabelhöhe, nach rechts reicht die Milz bis zur Mittellinie; der vordere Milzrand, an dem zwei deutliche Einkerbungen zu fühlen sind, taucht in der linken Mamillarlinie unter den Rippenbogen. Die Konsistenz der Milz ist hart, die Oberfläche glatt, sie ist nicht druckempfindlich. Die Leber überragt den Rippenbogen in der rechten Mamillarlinie bis zur Nabelhorizontalen, in der Mittellinie bis zur Mitte zwischen Nabel und Processus xiphoideus. Sie ist wenig derb, der Leberrand ist plump, die Oberfläche ist glatt, die Leber sehr druckempfindlich. Freie Flüssigkeit läßt sich im Abdomen nicht nachweisen, bei tiefer Palpation sind keine Drüsen im Abdomen zu tasten. Der Stuhl ist normal. Der Augenspiegelbefund ist normal. Im Harne ist bis auf Spuren von Urobilin nichts Pathologisches nachweisbar.

Der Blutbefund zeigt bei mehreren Zählungen im Durchschnitte drei Millionen Rote. Es bestehen nur leichte Größenunterschiede, hie und da Polychromatophilie. Kernhaltige waren nie zu finden, der Färbeindex beträgt fast 1. Die Zahl der Weißen bewegt sich durchschnittlich um 2000 bei relativer Vermehrung der Lymphozyten und der großen mononukleären Leukozyten. Wir zählten 47% Lymphozyten, 35% neutrophile Polymorphkernige und 18% große Mononukleäre. Eosinophile Polymorphkernige fanden sich überhaupt nicht. Im Trockenpräparat, gefärbt nach Giemsa-Romanovsky, sind keine Malariaplasmodien nachweisbar. Der Knabe wohnte bis vor etwa 1 Jahre in Taschkend an der Grenze Vorderindiens.

Der Knabe leidet an der Kala-Azarkrankheit und war es Prof. Ghon, der darauf aufmerksam machte. Die Kala-Azarkrankheit tritt größtenteils epidemisch, nur selten sporadisch auf und charakterisiert sich durch Splenomegalie, Leberschwellung, zunehmende Kachexie, unregelmäßiges, teils remittierendes, teils intermittierendes Fieber und hochgradige Leukopenie.

Besonders die Leukopenie bei relativer Vermehrung der Mononukleären wird von den Kennern der Erkrankung diagnostisch hoch bewertet. Die Kala-Azarerkrankung ist seit etwa 30 bis 40 Jahren bekannt und trat epidemisch in der Provinz Assam im Brahmaputragebiet auf, sporadisch in Ceylon, China, Arabien, Algier und Kreta. Nach Roger soll bei Epidemien beiderlei Geschlecht gleich betroffen werden. Bei sporadischen Fällen wird das männliche Geschlecht doppelt so häufig befallen als das weibliche. Ein Viertteil der Erkrankten betrifft Kinder unter zehn Jahren, die Hälfte, nach anderen Angaben sogar 70%, Individuen unter 20 Jahren.

Die Diagnose kann nur auf Grund des von Leishmann im Jahre 1903 erhobenen, später von Donovan bestätigten Protozoenbefundes im peripheren Blute oder im Milzpunktat gestellt werden, was in diesem Falle ebenfalls gelungen ist.

Die Prognose ist infaust; Angaben von 98 Mortalitätsprozenten stehen solche von 75 gegenüber. Die Therapie ist ziemlich machtlos. Roger rühmt die Chininbehandlung mit großen Dosen. Koch muntert zur Atoxylbehandlung auf. Die Röntgenbehandlung blieb ohne Erfolg.

Dieser Fall von Kala-Azar zeigt ein Krankheitsbild, das große Ähnlichkeit mit der Bantischen Erkrankung zeigt. (Demonstration von lebenden Parasiten.)

Karl Pollitzer weist darauf hin, daß die demonstrierten Präparate an Gebilde erinnern, die er im Blute bei Hühnerpest gefunden hat und demnächt zu beschreiben gedenkt.

Karl Hochsinger demonstriert einen acht Monate alten Knaben, bei dem die Diagnose der Chondrodystrophia foetalis (Achondroplasie, Mikromelie) mit Sicherheit zu stellen ist.

Redner bespricht das ausführliche Krankheitsbild dieser Erkrankung und hebt hervor, daß das Wachstum der knorpelig präformierten Skeletteile gestört ist, daher das Längswachstum an den Epiphysengrenzen aufgehalten ist, die periostale Knochenbildung aber ungestört vor sich geht. Daher erscheinen die Diagphysen kurz und plump, der Schädel groß und hart. Bei der Osteoporosis congenita ist die knorpelige Anlage normal, aber die periostale Knochenbildung ist gestört. Daher werden die Knochen brüchig, die Kinder kommen mit Frakturen zur Welt, die Diaphysen sind normal lang, aber äußerst dünn und durch Knochenbrüche scheinbar verkürzt, die Schädelkapsel ist weich und dünn.

Weiters ist die Bildung der Knochenkerne in den Epiphysen bei der Chondrodystrophie ungestört und die Entwicklungsstörung sich ausschließlich auf einen Stillstand der



Verknöcherung an den Knorpelfugen beschränkt, was zur Aufhebung des Längenwachstums und vorzeitiger Synostose führt.

Bei der mit angeborenem Myxödem verknüpften Wachstumstörung erscheinen die Knochenkerne verspätet und die Dicke und Plumpheit der Röhrenknochen wird vermißt. Auch zeigen die Myxödematösen, wie bekannt, hochgradige Intelligenzdefekte, was bei den Mikromelien nicht der Fall ist. Bei den letzteren ist ausschließlich eine Wachstumstörung des Skelettes ohne sonstige Allgemeinstörungen vorhanden.

Hans v. Haberer demonstriert ein 20jähriges Mädchen mit einer weichen lappigen sackförmig herabhängende Geschwulst der linken Gesichtshälfte, die den linken Mundwinkel stark nach abwärts verzieht. Ein zweiter, großer Tumor sitzt im linken oberen Augenlide, das von der Patientin gar nicht gehoben werden kann. Dieser Tumor hat den Bulbus schwer geschädigt. Beide Tumoren sind vollständig schmerzlos und sind von den Eltern der Patientin gleich bei der Geburt bemerkt worden. Im Laufe der 20 Jahre sind die Tumoren langsam zur jetzigen Größe angewachsen.

Es finden sich ferner bei der Patientin ein großer, knöcherner Tumor mit kraterförmiger Vertiefung an der Kuppe, im Bereiche des linken Schläfe- und Scheitelbeines, ferner ein von hartem Knochenwall begrenzter Defekt von Guldengröße im Bereiche der Vereinigung der Scheitelbeine mit dem Hinterhauptbein. Der horizontale, sowie der aufsteigende Unterkieferast der linken Seite weisen Knochenusuren auf. Der harte Gaumen der linken Seite ist stark verdickt.

Charakteristische Pigmentationen am Stamme vervollständigen das Krankheitsbild (Neurofibromatosis von Recklinghausen).

Josef Fabricius demonstriert ein Nierenpräparat aus dem zweimal innerhalb eines Jahres ein im Becken vorhandener Stein entfernt wurde. Weiters ein zweites Präparat ist ein Nierenstein, den Redner vor kurzem operativ entfernt hat und zum Schlusse noch ein drittes Präparat, ein Adenom der Niere darstellt. Interessant bei diesem dritten Falle ist es, daß Redner den größeren Teil der Niere, der bei der Operation sich als gesund erwies, zurückließ. Er vernähte das durchtrennte Nierengewebe so, daß also die obere Nierenhälfte plus Ureter zurückblieb. Der Verlauf war vollkommen normal. Pat. wurde am 14. Tage nach Hause entlassen.

Georg Mansfeld, Budapest (als Gast): Die Verhütung der Adrenalin-Arteriosklerose. Die experimentelle Therapie befaßt sich mit Rücksicht auf gewisse Analogien, die sich zwischen der experimentellen Adrenalin-Arteriosklerose und der menschlichen Arteriosklerose ergeben haben, seit einiger Zeit eifrig mit der Bekämpfung der Adrenalin-Arteriosklerose. Wirklich ist es auch Alexander von Korányi vor einigen Jahren gelungen, mittels Jodipin die gefäßzerstörende Wirkung des Adrenalins hintanzuhalten und damit schien die günstige Wirkung der Jodtherapie bei Arteriosklerose auch ihre experimentelle Bestätigung gefunden zu haben. So naheliegend diese Annahme auch war, so stellte sich höchst merkwürdigerweise heraus, daß gar nicht das Jod, sondern die zweite Komponente des Jodipins das wirksame Prinzip gegen die Arteriosklerose war. Korányi zeigte nämlich, daß ebenso wie durch Jodfett die Arteriosklerose auch durch subkutan injizierte fette Öle ohne Jod verhütet werden konnte.

Diese Wirkung der fetten Öle schien a priori ganz unverständlich, da Fette von der Subkutis fast gar nicht resorbiert werden. Also mußte ein im Öl enthaltener resorbierbarer Bestandteil desselben der Träger der Heilwirkung sein. In erster Linie war an Cholin zu denken, weil erstens dies nach Schulze im Sesam enthalten ist und zweitens hat Lohmann seine antagonistische Wirkung gegenüber gewissen Adrenalinwirkungen sichergestellt.

Von diesem Gesichtspunkte aus prüfte Redner in Gemeinschaft mit Georg Kabdebó den Einfluß von Cholin auf die Adrenalin-Arteriosklerose. Er hat im ganzen an 20 Kaninchen Versuche angestellt. Zehn Kaninchen erhielten Adrenalin ohne Cholin, zehn andere Adrenalin und gleichzeitig subkutan Cholin. Redner demonstriert die Aorten der Kaninchen. Von den zehn Adrenalinkaninchen haben neun schwere Erkrankungen der Aorta, von den mit Cholin behandelten jedoch kein einziges.

Wolfgang Pauli erkundigt sich nach dem angewendeten Cholinpräparate und verweist auf die Möglichkeit, daß nicht das Cholin selbst sondern ein Zersetzungsprodukt desselben, die vom Vortragenden berichtete Hemmung der Adrenalinarteriosklerose verursachen könnte.

Salomon Federn: Über einige Methoden der Blutdruckmessung und ihre Resultate.

Nach Ansicht des Redners leiden die Blutdruckmesser von Riva-Rocci und Gärtner an zwei Fehler, welche ihre Anwendung am Krankenbette verbieten. Erstens messen sie nur den Blutdruck an einer Arterie, welche wohl den allgemeinen Blutdruck angeben kann, der aber nicht für die Beurteilung der Blutdruckverhältnisse genügen kann. Zweitens zeigen beide Methoden den Blutdruck verändert an u. zw. nicht mit einem konstanten, sondern sehr variablen Fehler, der bei Riva-Rocci noch größer ist als bei Gärtner, weil bei Riva-Rocci ein größeres Kapillargebiet anämisiert wird und die Anämisierung ändert den lokalen Blutdruck.

Der Vortragende weist ferner nach, daß die von Sahli gegebene Konstruktion des absoluten Sphygmogramms auf willkürlich angenommenen Grundlagen beruht, die durchaus nicht bewiesen, noch berechtigt sind. Sahli geht von der Annahme aus, daß Riva-Rocci, wie angeblich v. Basch' Methode, den maximalen, systolischen Blutdruck gibt. Diese Annahme ist fasch. Ebenso unsicher und unbewiesen sind die Aussagen Sahlis über Pulsdruck, Pulsvolumen, weil sie von derselben Annahme ausgehen.

Der Vortragende weist nach, daß die Methode v. Basch' insoweit den Blutdruck richtig anzeigt, als man aus ihren Angaben sichere Schlüsse am Krankenbette ziehen kann, die für das Verständnis der Krankheit, Prognose und Behandlung nützlich sind.

Bruno Fellner jun. meint, daß der Baschsche Apparat den Ruhm des ersten habe, doch stehe er an Brauchbarkeit und Genauigkeit dem von Riva-Rocci zurück. Den Streit um die Güte des Apparates hält Fellner für weniger wichtig, da nach seinen letzten Untersuchungen nur eine Vereinigung von Blutdruckmessung mit der Messung der Menge und der Geschwindigkeit des strömenden Blutes eine wirklich brauchbare Analyse der peripheren Zirkulation gäbe. *i. m.*

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

(Fortsetzung.)

G. Klemperer: Wenn man Patienten im Coma diabeticum einen Aderlass macht, so setzt sich ein milchiges Serum ab; diese diabetische „Lipämie" ist vielfach beschrieben, aber rätselhaft geblieben; eine zeitweise angenommene mangelhafte Zersetzung des Fettes ist jedenfalls nicht vorhanden. In Mitte des vorigen Jahrhundert spielte die Cholestearinämie eine Zeitlang eine Rolle, nach dem Austen Flint Cholestearin im Blute von Diabetikern gefunden hatte; doch wurde auch dieser Begriff wieder aufgegeben. Vortragender hat das Blut von Diabetikern in Gemeinschaft mit dem Chemiker Umber auf Lipoide untersucht und dabei gefunden, daß ein Diabetiker die 7—8fache Ätherextraktmenge des normalen aus dem Blute gewinnen läßt, wovon die Hälfte Fett dann in relativ großen Mengen Cholestearin und Lezithin sind Diese Befunde ergaben sich in mehreren Fällen von schwerem Diabetes, also solchen, die aus Fleisch Zucker bilden; in leichten fand sich jedoch keine Vermehrung der Lipoide. Über die Quelle dieser Substanzen lassen sich bis jetzt nur Vermutungen anstellen; um einen Transport aus dem Unterhautfettgewebe im Sinne Rosenfelds kann es sich nicht handeln, da im Unterhautgewebe die lipoiden Substanzen nicht in solchen Mengen vorhanden sind; vielleicht stammen sie aus dem Gehin, durch Zerfall der lezithinreichen Gehirnsubstanz. (Verein f. innere Mediz. z. Berlin.)



Hirschstein spricht über Beziehungen des Glykokolls zur Harnsäure mit besonderer Berücksichtigung der Gicht. Vortragender berichtet über zahlreiche Untersuchungsreihen, die er im Laufe des letzten Jahres im Laboratorium der inneren Abteilung des Altonaer Krankenhauses (Prof. Umber) durchgeführt hat. Nach Skizzierung des Standes der Aminosäureforschung zu Beginn der Versuche, die es wahrscheinlich gemacht hatte, daß das bei der Gicht, der Leukämie und der Pneumonie in der Krise gefundene Glykokoll nicht dem Eiweißzerfall, sondern der Harnsäure entstamme, geht Vortragender auf die eigenen Versuche ein, die auf experimentell-pathologischem Wege den Zusammenhang zwischen Harnsäure und Glykokoll aufklären sollten. Es wurde in drei Reihen an gesunde, bei purinfreier Kost gehaltene Personen mehrere Tage lang bis zu 18 g Harnsäure per os verfüttert; als Folge davon erschienen regelmäßig am 2. bis 4. Tage nach Beginn der Harnsäurefütterung größere oder geringere Glykokollmengen im Harn, um allerdings, trotz fortgesetzter Harnsäurezufuhr, später wieder zu verschwinden. Auch die Fütterung mit in Form von Kalbsthymus zugeführten Nukleinsubstanzen ergab einen positiven Ausschlag. Ein in gleicher Weise durchgeführter Versuch bei einem Gichtiker ließ die eigentümlichen Beziehungen des Glykokolls zur Harnsäure bei dieser Erkrankung klar erkennen. Hier sowohl, wie in späteren längere Zeit durchgeführten Beobachtungsreihen von Gichtikern zeigte sich die auffallende Erscheinung, daß bei purinfreier Ernährung Glykokoll- und Harnsäureausscheidung in den meisten Fällen von Gicht gerade entgegengesetzt verlaufen, daß der Garnsäureretetionsperiode eine Glykokollausscheidungsperiode entspricht, während bei der reichlichen Harnsäureausschwemmung im Anfall das Glykokoll aus dem Harn verschwindet. Bei der Leukämie und Pneumonie ging die Ausscheidung beider Körper dagegen im wesentlichen parallel. Auch auf rein chemischem Wege konnte des Beweis für den Zusammenhang von Harnsäure und Glykokoll erbracht werden, und zwar dadurch, daß es durch Alkalieinwirkung schon in der Kälte gelang, aus reiner Harnsäure nicht unerhebliche Mengen von Glykokoll abzuspalten. Damit ist der Beweis erbracht, daß das im Harn bei pathologischen Zuständen erscheinende Glykokoll ein Spaltprodukt der Harnsäure und als Ausdruck der Harnsäureüberladung des Organismus aufzufassen ist, eine Tatsache, die eventuell für die Gichtdiagnose von Bedeutung sein kann. In der Diskussion faßt Umber die Ergebnisse der in Laufe der letzten Jahre auf seiner Abteilung gewonnenen Resultate über die Pathologie der Harnsäure bei der Gicht zusammen, und hält die Retention von Harnsäure beim Gichtiker, die sich besonders deutlich vor und nach dem Anfall ausprägt, aber auch in anfallsfreien Zeiten deutlich an der endogenen Purinkurve nachweisbar ist, für eine gesicherte Tatsache. Die Isuffizienz der Harnsäureausscheidung tritt sofort hervor, wenn dem purinfrei gehaltenen Gichtiker Purinzulagen in der Nahrung gegeben werden. Der Grad der Störung der Purintoleranz ist bei verschiedenen Gichtikern verschieden und läßt sich im quantitativen Stoffwechselversuch eruieren, wofür Beispiele herangezogen werden. Umber hat den Eindruck, daß einer ungewöhnlich niedrigen endogenen Purinkurve — er verfügt unter anderen über eine sehr instruktive dernrtige Kurve von 80 Tagen an einer schwer hereditär gichtischen Dame, die niedrigere endogene Purinwerte aufwies als sie Brugsch seinerzeit in unserem Laboratorium bei den Hungerer Succi am 30. Hungertag fand — nicht selten eine besonders niedrige Purintoleranz entspricht. Diese persönlichen Erfahrungen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der neueren Gichtstadien überhaupt, sowie durch die Hirschsteinschen Glykokolluntersuchungen naheliegende Vorstellung, daß auch der Harnsäureabbau des Gichtikers gestört sei, erfordert strengste individuelle Beschränkung der Purinzufuhr bei der Gicht, die womöglich in jedem einzelnen Falle an der Hand des quantitativen Stoffwechselversuches zu eruieren ist, und für deren günstigen therapeutischen Effekt Umber zahlreiche Beispiele seiner klinischen Erfahrung zur Verfügung hat. (Ver. d. Ärzte, Hamburg.)

Senator spricht über Kropfherz. Ich möchte eine Tatsache anführen, die mich seit langem zu der Annahme gebracht hat, daß der Hyperthyreoidismus allein nicht den ganzen Symtomenkomplex des Basedow erklärt, die Tatsache, daß man garnicht selten einen stark ausgebildeten Basedowkomplex bei verhältnismäßig kleiner Schilddrüse sieht, oder selbst bei ganz fehlender Schilddrüse, wovonauch Fälle genug veröffentlicht worden sind. Der Einwand, daß die Schilddrüse unter dem Sternum liegt und darum nicht zu fühlen ist, dürfte nicht immer zutreffen. Jedenfalls steht soviel fest, daß die Größe der Struma und die Stärke der übrigen Basedowerscheinungen in keinem geraden Verhältnis stehen. Was die Unterscheidung der einzelnen Formen, des primären und sekundären Basedow anbetrifft, d. h. derjenigen, wo zu einem länger bestehenden Kropf später die andern Erscheinungen hinzutreten, so kann ohne sorgfältige Anamnese die Entscheidung recht schwierig sein. So dürfte Cyanose, welche dem echten primären Basedow fremd ist, wenn sie frühzeitig auftritt, für die andere Form sprechen. Besonders wichtig sind die Stoffwechselveränderungen. Von der Steigerung des Gaswechsels hat Herr Kraus schon gesprochen. Sie ist ja nur im Laboratorium zu prüfen, dagegen läßt sich auf alimentäre Glykosurie, welche bei dem echten Basedow nicht selten ist, die Untersuchung leicht auch in der gewöhnlichten Praxis anstellen. Dasselbe gilt von der Neigung zu Diarrhöen. Es wäre darauf zu achten, ob außer der charakteristischen Tetras (ich halte mit Charcot Tremor, besonders der Hände für gleichwertig mit den ursprünglichen drei Kardinalsymptomen) gewisse andere Symptome, das Stellwagsche und Möbiussche an den Augen, die Dermograpie (diese aber hat Herr Kraus, wie ich glaube, auch bei dem sekundären Basedow beobachtet) vorkommen.

Burghart: Die von Senator aufgeworfenen Fragen, nämlich ob bei dem einfachen Kropfherzen Neigung zu Durchfall und alimentärer Glykosurie bestehe, erlaube ich mir sogleich dahin zu beantworten, daß die mit Kropfherz behafteten Patienten meiner eigenen Beobachtung weder an Diarrhöen litten, noch — bei vielfachen Versuchen — alimentäre Glykosurie zeigten. Hiedurch würde ich das Kropfherz von dem echten Basedow unterscheiden. Ich weiß nicht, ob es unbedingt möglich sein wird, jeden einzelnen Krankheitsfall so scharf zu klassifizieren. Mein Bedenken leite ich aus dem Umstande her, daß zuweilen bei einem Kranken Basedowsymptome und myxödematöse Symptome nebeneinander auftauchen. Ich habe z. B. eine Kranke, die ich schon seit mehreren Jahren als mit ganz unzweifelhat reinem Basedow behaftet kenne, welche neuerdings neben Basedowsymptomen solche bietet, die dem Myxödem eigentümlich sind. Die auffälligsten Veränderungen betreffen die Haut und das Herz. Die früher weiße, glänzende, feuchte Haut ist trocken, an der Stirn runzlich, zugleich auch gelblich geworden. Das Herz, bisher stark dilatiert, sehr leicht erregbar, und auch in der Ruhe beschleunigt arbeitend, ist erheblich kleinen als zuvor und zeigt keinerlei Neigung mit zu Tachycardie, vielmehr besteht Bradycardie. Ich füge hinzu, daß das lebhafte Auge den Glanz, das Wesen die frühere Lebendigkeit verlor, und daß ein besonders starker Haarausfall sich zeigte. Dabei besteht starke Struma und Exophthalmus. Besonders bemerkenswert ist nun, daß die früher mit Rodagen und Basedowserum mit großem Erfolge behandelte Kranke dieses Mal Vorteil von der Darreichung von Jodothyrin hatte, insofern die Haut wieder weiß und glänzend, das Auge und das Wesen lebhafter wurden, das Gesicht und das frühere Aussehen wieder gewann und das Herz jetzt eher etwas beschleunigt als zu langsam arbeitet. Es sind die myxödematösen Erscheinungen also nach der Jodothyrintherapie verschwunden, und es besteht jetzt wieder ein Basedow.

Brieger: Einer meiner Patienten, ein 40jähriger Mann, hat seit seiner Jugend einen Kropf, der allmählich stärker und stärker geworden ist. Ein Kurpfuscher behandelte denselben intensiv täglich mit Vibrationsmassage, und ungefähr vier Wochen danach waren plötzlich intensives Herzklopfen und alle Symptome, wie wir sie bei Basedow sehen, deutlich



ausgesprochen vorhanden. Nachdem er diesem Manne entzogen war und eine hydrotherapeutische Kur durchgemacht hatte, legte sich die exzessive Beschleunigung des Herzens wieder, und auch die anderen Symptome des Basedow bildeten sich allmählich zurück. Es scheint also hier die sogenannte innere Sekretion durch die Vibrationsmassage angeregt worden zu sein. Jedenfalls steht fest, daß der Mann vorher niemals an Basedow gelitten hat, und daß erst durch diese Erschütterung des Kropfes das Symptomenbild des Basedow hervorgerufen ist. (Verein f. Medz. Berlin.)

Hammerschlag (Königsberg i. Pr.) spricht über Bedeutung und Verhütung der Selbstinfektion. Als Selbstinfektion wird der Vorgang definiert, daß die in der Umgebung der äußeren Genitalien vorhandenen und eventuell in der Vagina vorkommenden Mikroorganismen in die durch die Geburt gesetzten Wunden einwandern, eventuell höhere Abschnitte erreichen und von dort aus fieberhafte Erkrankungen hervorrufen. Hammerschlag führt aus, daß das Vorkommen saprophytisch lebender Streptokokken in der Vagina gesunder Schwangerer erwiesen sei, und daß die Frage, ob die in der Vagina harmlos saprophytisch lebenden Mikroorganismen bei veränderten Bedingungen ihres Wohnortes für denselben Wirt virulent werden können, nach Analogie von anderen Vorgängen dieser Art bejaht werden müsse. Bei der Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit der Selbstinfektion stützt Hammerschlag sich auf das Material der Königsberger Universitäts-Frauenklinik. Die heterogene Infektion ist durch den Gebrauch steriler Gummihandschuhe möglichst ausgeschaltet worden; die Infektionsmorbidität ist dadurch von 35% auf 16% herabgedrückt. Die 16% müssen nach ihm wesentlichen der Selbstinfektion zugesprochen werden. Um nun diese nach Möglickkeit auszuschließen, werden die Kreißenden sehr gründlichen Maßnahmen unterworfen. Hervorgehoben sei aus diesen Ausführungen lediglich, daß ein wesentlicher Erfolg nicht erzielt wurde, insbesondere ergaben weder die Anwendung der Scheidendusche, noch das Austupfen des Scheidengewölbes post partum nach Zweifel ein greifbares Resultat. Um die Häufigkeit der Selbstinfektion noch auf andere Weise festzustellen, hat 159 Fälle von während der Geburt genitaliter überhaupt nicht berührten Frauen unter möglichstem Ausschluß aller Fehlerquellen zusammengestellt; er fand hier eine Wochenbettsmorbidität von 18%. Hammerschlag hebt dann noch hervor, daß die Erkrankungen durch Selbstinfektion im wesentlichen leichter verlaufen, als die durch heterogene Infektion entstandenen; immerhin müsse aber die Möglichkeit von schweren Erkrankungen und von Todesfällen durch Selbstinfektion zugegeben werden. Dies letztere sei besonders auch in hohem Maße von forensischem Interesse: die geburtshelfende Person dürfe nur dann für einen unglücklichen Ausgang verantwortlich gemacht werden, wenn ihr Verstöße gegen die allgemein gültigen Vorsichtsmaßregeln nachgewiesen werden. (Ost- u. westpreuß. Ges. f. Gynalkol.)

IV. Literatur.

Naturgemäßes Leben und Denken. Ein Buch der Hygiene von Dr. A. Guthmann. 296 Seiten. Leicht gebunden Mark 3·60. Schwabacher Verlag in Stuttgart.

Verfasser hat in dem Titel die rechte Bezeichnung für das innerste Wesen dieses Buches gefunden. Naturerkenntnis ist die beste Hygiene. Es werden darum alle Fragen der Gesundheitspflege in streng naturwissenschaftlichem Sinn behandelt. Die vorgetragene Gesundheitspflege ist allenthalben mit dem Studium der Entwicklungsgeschichte innig verwebt und könnte demgemäß als eine „Hygiene auf entwicklungsgeschichtlicher Basis“ bezeichnet werden. Da naturgemäßes Leben von naturgemäßem Denken bedingt ist, so muß eben der Leser zu einer befriedigenden „Weltanschauung“ geführt werden, vermöge deren er sich erst ein gesundheitliches Leben zu bereiten vermag. Bei der ungeheuren Zahl schlechter Schriften, „naturgemäßes“ Leben behandelnd, vom Kurpfuschertum im letzten Dezennium verbreitet, ist ein Buch mit Freuden zu begrüßen, das sich gerade die Aufgabe stellt, dieses Pfuschertum durch die Gewalt der Logik und Wissenschaft zu vernichten. Schon wegen seiner Tendenz sollten die Ärzte im allereigensten Interesse das Werk dem Publikum warm empfehlen. Von einer Fülle geschichtlicher Anekdoten und philosophischer Gedanken durchflochten — alles in selten klarer Weise zum Ausdruck gebracht — weiß das Buch den Leser von der ersten Zeile bis zum Schluß zu fesseln und sogar in Spannung zu erhalten. Ohne hohe Anforderungen an die Vorbildung des Lesenden zu stellen, ist es auf der anderen Seite wiederum „wissenschaftlich“ geschrieben. Dabei berührt es neben theoretischen Betrachtungen so wichtige praktische medizinische Fragen, daß sicherlich auch viele Ärzte, besonders jüngere Doktoren, dieses Werk mit Vergnügen und nicht ohne Erfolg studieren werden.

Die Abstammung des Menschen. Von Charles Darwin. Deutsch von Dr. Heinrich Schmidt, Jena. Volksausgabe. Preis 1 Mk. Verlag Alfred Kröner, Leipzig.

Nachdem man lange Zeit hindurch fast ausschließlich Darwins Bedeutung für den Fortschritt in der Weltanschauung betont und im einzelnen nachgewiesen hat, bestrebt man sich neuerdings mehr und mehr, seine Lehren für die praktische Soziologie fruchtbar zu machen. Nicht so sehr steht mehr die Frage nach der Stellung des Menschen in der Natur im Vordergrund des Interesses — diese Frage ist prinzipiell im Sinne Darwins und Haeckels erledigt — als das noch wichtigere Problem der Erhaltung und Steigerung des Menschengeschlechtes. Die theoretische und praktische Rassen- und Gesellschaftsbiologie ist uns heute zu einer der wichtigsten Angelegenheiten nicht nur der wissenschaftlichen Forschung, sondern auch der sozialen Medizin und der inneren Politik geworden. Die breite Grundlage zu diesem für uns wichtigsten Zweig der reinen und angewandten Biologie hat aber Darwin gegeben, zunächst in seiner „Entstehung der Arten“, sodann in seinem Buch über das Variieren, und endlich und besonders in seiner „Abstammung des Menschen“.

a. Kr.

V. Notizen.

— Der Reichsverband österr. Ärzteorganisationen hat für den 28. November l. J. eine Arbeitsausschuß-Sitzung und im Anschlusse an diese für den 29. und 30. November eine Delegiertenversammlung des Reichsverbandes österr. Ärzteorganisationen einberufen. Gegenstand der Beratungen wird neben anderen dringlichen Angelegenheiten hauptsächlich der Gesetzentwurf, betreffend die Sozialversicherung sein. Die Verhandlungen werden in den Räumen der Wiener Ärztekammer stattfinden.

— In den am 7. und 8. November l. J. abgehaltenen Sitzungen des Obersten Sanitätsrates wurden nachstehende Gegenstände in Beratung gezogen: 1. Gesetzentwurf betreffend die Abwehr und Tilgung ansteckender Tierkrankheiten (Referent: Hofrat Weichselbaum); 2. Verwendung von radioaktiven Wässern in einem Privatsanatorium (Ref.: Hofrat S. Exner); 3. Referate über die Zulässigkeit des Vertriebes von zwei sogenannten Heilapparaten vom sanitären Standpunkte (Referent: Derselbe); 4. Entwurf einer Ärzteordnung (Referent: Ministerialrat J. Daimer namens eines durch die Präsidenten der Ärztekammern in Niederösterreich verstärkten Spezialkomitees). Die Anträge des Spezialkomitees wurden nach eingehender Beratung mit einigen Abänderungen zum Beschlusse erhoben und wurde der Wunsch ausgesprochen, daß die Ärzteordnung, durch welche im Ärztestande geregelte Verhältnisse geschaffen werden sollen, möglichst bald ins Leben treten möge.

Von der Gesellschaft der Ärzte. In der ersten Sitzung der Gesellschaft der Ärzte nach den Ferien gedachte der Präsident Hofrat Chrobak der während der Ferien verstorbenen Mitglieder Prof. Dr. Spiegler, Hofrat Direktor Dr. Langer, kaiserl. Rat Dr. Schreiber und Dr. Stradal. Die Versammlung erhob sich



zum Zeichen der Trauer von den Sitzen. Weiters machte der Präsident die Mitteilung von der Aufstellung eines Projektionsapparates im Sitzungssaale der Gesellschaft, womit ein bereits mehrere Jahre geäußerter Wunsch vieler Mitglieder in Erfüllung gegangen ist.

Ein Sachverständiger für Elektrochemie. Der Privatdozent für physikalische Chemie und Elektrochemie an der Technischen Hochschule in Wien, Ing. Chem. Dr. Emil Abel, wurde zum gerichtlichen Sachverständigen für Elektrochemie ernannt und in dieser Eigenschaft beeidet.

Reichsverband der österreichischen Ärzteorganisationen. Im großen Sitzungssaale des Budweiser Rathauses fand am 21. Oktober l. J. eine Versammlung der deutschen und tschechischen Ärzte des Südböhmischen Gaues statt, an welcher der Bezirkshauptmann Hofrat Křikawa und der Bürgermeister der Stadt Budweis, Landtagsabgeordneter Taschek, die Landtagsabgeordneten Reiterer, Dr. Zatka, der Bürgermeister aus Moldauthein, Landtagsabgeordneter Pawliček, sowie eine überaus große Zahl von Ärzten Südböhmens teilnahmen. Die Reichsorganisation der Ärzte Österreichs entsendete über Ersuchen des Südböhmischen Ärzte-Gauverbandes Dr. Heinrich Löwenstein, Wien, der das Referat über die Reform des Krankenkassengesetzes hielt, der Zentralverein der böhmischen Ärzte delegierte Dr. Franz Kotýnek, der das böhmische Landessanitätsgesetz einer scharfen Kritik unterzog. Dr. Eremias, Frauenberg, durch das Los zum ersten Vorsitzenden der Versammlung gewählt, hielt in tschechischer Sprache die Begrüssungsrede und wies darauf hin, daß die Ärzte in wirtschaftlicher Beziehung vollständig geeinigt sind. Dr. Wotitzky, Budweis, begrüßte in deutscher Sprache die Anwesenden. Nachdem noch Dr. Nebuška und Dr. Mautner, Budweis, ins Präsidium gewählt worden waren, hielt zuerst Doktor Kotýnek, Prag, seinen Vortrag. Es bezeichnete den Entwurf des böhmischen Landessanitätsgesetzes als vollständig unannehmbar, da er insbesondere bezüglich der Bezüge der Gemeinde- und Distriktsärzte ganz unwürdige Honoraransätze enthalte und auch die Art und Weise der Urlaubsgewährung einer jeden Kritik spottet. Dr. Klima, Pisek, bezeichnete in seiner wirkungsvollen Rede, die den Ärzten zuteil werdende Behandlung als eine skandalöse, wies an der Hand von drastischen Beispielen auf die Anstellung der Ärzte im Vergleiche zu den anderen vom böhmischen Landesausschuß angestellten hin und schloß seine wiederholt vom Beifall unterbrochene Rede mit den Worten: „Wir sind keine Bettler, daß wir um ein Almosen bitten müssen. Wir brauchen keinen Bittgang anzutreten. Gibt man uns nicht unser Recht, so werden wir es uns selbst nehmen“. Dr. Löwenstein sprach über die bekannten Forderungen der Ärzte in der Krankenkassenfrage, sowie über die wirtschaftliche Lage des Ärztestandes und führte aus, daß die Ärzteschaft niemals sozialen Bestrebungen hinderlich im Wege gestanden sei, daß sie vielmehr jederzeit der Führer des Fortschrittes und der Träger jedes sozial-reformatorischen Gedankens war. In der Krankenkassenfrage erwarte die Ärzteschaft den Schutz der Regierung, welche das größte Interesse an einem zufriedenen Ärztestand haben muß und die ihn vor seinem Untergange zu bewahren verpflichtet ist. Verweigert uns die Regierung ihren Schutz, verbündet sie sich mit allen ärztefeindlichen Interessengruppen gegen uns, so wird uns die Verzweiflung und der Selbsterhaltungstrieb eine Waffe in die Hand geben, mit der wir uns unser Recht und unsere Lebensstellung erkämpfen werden. Versagt die Staatshilfe, so wird die Selbsthilfe einsetzen und für die sich daraus ergebenden Konsequenzen hat die Regierung und ihre Ratgeber die Verantwortung zu tragen. Wir Ärzte haben es satt, human zu bleiben, wenn man gegen uns selbst inhuman wird. Wir wünschen eine friedliche Lösung der Kassenfrage, wenn nicht — wir sind gerüstet und im Zeichen der Einigkeit werden und müssen wir siegen. Nach Annahme der Resolution wurde die würdig verlaufende Versammlung geschlossen.

Knut Hamsun, Benoni. Roman. Umschlagzeichnung von Olaf Gulbransson. Preis geheftet 4 Mk., in Leinen gebunden 5 Mk., in Halbfranz-Liebhaberband 7 Mk. Verlag von Albert Langen in München. Nach jahrelanger Pause gibt Knut Hamsun zum erstenmal wieder einen umfangreichen Roman heraus, und wir können mit Freuden sagen, daß es ein reifes Werk seiner feinen und originellen Kunst ist. — Wir erkenen darin den alten Hamsun des „Hungers“, des „Pan“ und der „Mysterien“ wieder, den alten und doch nicht denselben. Die düstere Bitterkeit, mit der er bei aller Ironie seine Helden schilderte, ist geschwunden; heller Sonnenschein gleichsam liegt auf jeder Seite des neuen Buches. „Benoni“ ist ein humoristischer Roman von so gemütvoller, fröhlicher Art, daß einem das Herz dabei aufgeht. Wie wundervoll sind alle diese Gestalten gesehen, vor allem der Held, Benoni selbst, der das Leben so schwer nimmt, und dem doch alles, was er erlebt, zum Glück ausschlägt, dieser liebenswürdig Hilflose, dem der Herr das Seine im Schlaf schenkt, weiter die Pfarrerstochter Rosa und der verbummelte Jurist Arentsen, der großmächtige Kaufmann Mack, ein alter Bekannter aus dem „Pan“, vielleicht die ergötzlichste Gestalt des Buches, der Wächtersvend und seine Ellen, das sich gegenseitig feindselige Leuchtturmwächterehepaar, die beiden uralten Knechte Mensa und Mons, der überwältigend englische, trunksüchtige Sir Hugh. Das sind Menschen, so lebendig und originell geschildert, daß man sie nicht wieder vergißt. — Wir sind in Deutschland nicht so reich an guten komischen Romanen, das wir ein solches Werk eines großen germanischen Ausländers nicht mit Freuden begrüßen müßten. „Benoni“ hat das Zeug dazu, bei uns das populärste unter Hamsuns Büchern zu werden.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. **J. Meisels.** — Redaktion und Administration: **XIX/₁, Billrothstraße 47.**
Buchdruckerei **Max Werthner,** Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift

für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumeriert für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 49. Wien, 5. Dezember 1908. **Nr. 49.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 18212) zu senden.

An die Mitglieder des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Einladung

zu der mit den außerordentlichen Mitgliedern gemeinsamen Versammlung des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Tagesordnung:

I. Am 14. Dezember, 8 Uhr abends, zwanglose Zusammenkunft zur Begrüßung der Gäste im Riedhof, VIII. Bez., Wickenburggasse.

II. Am 15. Dezember Sitzung im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte, IX., Frankgasse Nr. 8, um 9½ vormittags und um 3 Uhr nachmittags mit untenstehenden Vorträgen.

III. Den Ehrenmitgliedern des Vereines gewidmeter geselliger Abend.

Das Nähere über diesen wird rechtzeitig bekanntgegeben werden.

Privatdozent Dr. L. Wick, Generalsekretär. Hofrat Prof. Dr. Winternitz, Präsident.

Vorträge:

1. Die Beziehungen der balneologischen Wissenschaft und ärztlichen Tätigkeit zur Prosperität der Kurorte.
Vortragender: Privatdozent Dr. L. Wick (Wien—Gastein).
2. Über Bau und Betrieb von Badeanstalten in Kurorten.
Referent: Herr Stadtbaudirektor Drobny (Karlsbad).
Korrefent: Kais. Rat Dr. Arthur Löbel (Dorna-Watra).
3. Über die Verbesserung der Kommunikationsverhältnisse zu und in den österreichischen Kurorten.
Referent: Privatdozent Dr. C. Ullmann (Wien).
4. Die Wichtigkeit einer verläßlichen Milchkontrolle für Kurorte und die Maßnahmen zur Erreichung einer solchen.
Referent: Herr Tierarzt H. Messner, städt. Schlachthofdirektor in Karlsbad.
5. Die Straßenwirtschaft in Kurorten.
Referent: Baudirektor Drobny.

(Aus dem diagnostisch-therapeutischen Institute für Herzkranke in Wien.)

Die Therapie der subjektiven Symptome der Herzkranken.

Von Privatdozent **Dr. Max Herz**, Wien.

Die Therapie der Herzkrankheiten überhaupt ist bekanntlich eine fast ausschließlich symptomatische; nur in Ausnahmsfällen sind wir in der Lage, den Krankheitsprozeß selbst günstig zu beeinflussen. Unter den Symptomen nun, mit denen sich die Therapie beschäftigt, steht die Insuffizienz des Herzmuskels so sehr im Vordergrunde, daß sie das Interesse des behandelnden Arztes fast ganz für sich in Anspruch nimmt. Es ist sicher, daß dieses Symptom die größte Aufmerksamkeit verdient, denn von ihm hängt im wesentlichen der Verlauf jeder schwereren Herzaffektion ab. Ich halte es jedoch für einen Fehler, die Behandlung der chronischen Herzkrankheiten rein auf die Verordnung mehr oder weniger moderner herzkräftigender Mittel zu beschränken, wie dies in der Praxis so häufig geschieht, und daneben die große Reihe von Symptomen, welche den Kranken bis zum Lebensüberdrusse quälen können, zu vernachlässigen. Wir sind verpflichtet, jede Klage eines Herzkranken zu beachten und darnach zu streben, ihn von seinen peinlichen Sensationen zu befreien.

Bei der Bekämpfung der subjektiven Symptome steht uns eine große Reihe von Hilfsmitteln zur Verfügung, welche wir in drei Gruppen teilen können, und zwar in die medikamentösen, psychischen und physikalischen Heilmittel.

Es seien zunächst einige Worte über die psychische Behandlung der Herzkranken gesagt, eine Behandlung, welcher ja heute noch, wie mir scheint, zu wenig Beachtung geschenkt wird. Sie darf in keinem Falle vergessen, sondern muß stets mit Bewußtsein systematisch verwendet werden. Ich möchte hier zwei Arten von Maßnahmen unterscheiden und zwar solche, welche der allgemeinen psychischen Behandlung des Kranken dienen, und solche, welche im engeren Sinne als suggestiv bezeichnet werden können.

Was nun die erste Gruppe anbelangt, besteht ihr Ziel darin, die psychische Situation des Kranken zu bessern, in ihm eine heitere, lebensfreudige, hoffnungsvolle Stimmung zu erzeugen, bezw. Verstimmungen zu beseitigen, welche durch das Bewußtsein, an einem lebensgefährlichen Übel zu leiden, hervorgerufen sind. Der Zweck der psychischen Behandlung ist demnach die Hervorrufung von Lustgefühlen in dem Kranken.

Der innige Zusammenhang zwischen Herz nnd Gemüt ist bekannt; ebenso wie das Herz sich bei allen freudigen und schmerzlichen Alterationen des Gemütes mit Veränderungen seiner Funktion auf das lebhafteste beteiligt, sehen wir auch umgekehrt, wie jede Empfindung, welche sich am Herzen oder in seiner Umgebung bemerkbar macht, einen

starken Einfluß auf das Gemütsleben ausübt. Fast jeder Herzkranke ist nicht bloß als somatisch, sondern auch als psychisch alteriert zu betrachten und zu behandeln. Nicht selten überwiegt die Gemütsaffektion weitaus das körperliche Leiden, welches ihr zugrunde liegt. Als ein typisches Beispiel können wir hier den an Extrasystolen leidenden Arzt anführen, dem die zeitweise auftretende verstärkte Systole meist deutlicher zum Bewußtsein zu kommen pflegt als dem Laien. Selbst willensstarke Menschen, die durch die Aufklärung von kollegialer Seite, sowie durch die Literatur die Harmlosigkeit ihres Leidens erkannt haben, können sich oft ihrer quälenden hypochondrischen Verstimmungen nicht erwehren. Es ist nun nicht allein ein Gebot der Nächstenliebe, den Herzkranken von seiner oft bis zum Lebensüberdruß gehenden Traurigkeit zu befreien, sondern auch vom Standpunkte einer ganz nüchternen Therapie eine wichtige Forderung; denn wir wissen, daß traurige Affekte wie Kummer und Sorge, sowohl schwere Veränderungen am Herzmuskel, den großen Gefäßen, an den Klappen und besonders an den Koronargefäßen auf eine uns noch unerklärliche Weise hervorrufen als auch daß sie den Verlauf einer schon vorhandenen Herzkrankheit auf das ungünstigste beeinflussen können.

Andererseits sieht man den Zustand des Herzens bei günstigen Stimmungsänderungen sich in so auffallender Weise verbessern, daß man die erwähnte Erzeugung von Lustgefühlen auf rein psychischem Wege unter die wichtigsten therapeutischen Agentien bei chronischen Herzkrankheiten einreihen darf. Was in unseren Verordnungen dem Kranken angenehm ist, ist ihm schon darum nützlich, hingegen ist alles strenge zu vermeiden, wogegen sein Instinkt sich sträubt, mit anderen Worten, was ihm unangenehm ist.

Die Rücksicht auf die Psyche des Kranken muß schon in dem Momente zur Geltung kommen, wo man daran geht, ihm den an seinem Herzen erhobenen Befund mitzuteilen. Ich halte eine rücksichtslose Darlegung eines kritischen Sachverhaltes, sowie die Stellung einer infausten Prognose für eine Versündigung an dem Kranken. Jedem, der sich viel mit Herzkranken beschäftigt, sind die Fälle bekannt, in denen der Patient von dem Momente an, wo er aus ärztlichem Munde die Diagnose Arterienverkalkung erfahren hat, unter dem Einflusse einer dauernden Verstimmung rapid zu verfallen beginnt. Keine Rücksicht auf äußere Verhältnisse berechtigt uns, die Gesundheit eines Menschen einer so tiefgreifenden Schädigung auszusetzen. Aus dem Wörterbuch des Arztes ist das Wort „Gefäßverkalkung", dieses moderne Gespenst, prinzipiell zu streichen. Wir sind stets in der Lage, unter Hervorhebung aller günstiger Möglichkeiten einerseits die Diagnose zu verschleiern, andererseits den Patienten zur Durchführung aller Maßnahmen zu veranlassen, welche sein Zustand erfordert. Ich bin sogar der Ansicht, daß diese Maßnahmen viel gewissenhafter durchgeführt werden und bedeutend mehr Aussicht auf Erfolg haben, wenn sich an sie die starke Hoffnung auf einen absehbaren Erfolg knüpft. Bei der Beobachtung des Verlaufes halte ich es für notwendig, jede eventuelle Verschlechterung als eine harmlose vorübergehende Episode darzustellen, hingegen jedes Anzeichen einer Besserung dem Kranken recht eindringlich vor Augen zu führen. Nähert sich das unvermeidliche traurige Ende, dann ist gewiß jeder fromme Betrug gestattet. Es gelingt oft, fast bis zum letzten Momente den dem Tode Geweihten über den Ernst seiner Lage hinwegzutäuschen. Von einem solchen Vorgehen darf uns die Furcht vor einer Desavouierung nicht zurückhalten, selbst dann nicht, wenn wir keine Gelegenheit haben, vor einem Angehörigen oder vor dem Hausarzte unsere Kenntnis des wahren Sachverhaltes zu beweisen.

Was die Suggestion im engeren Sinne anbelangt, kann sie hier in nichts anderem bestehen als in der eindringlichen Versicherung, daß die verordneten Mittel die quälenden subjektiven Symptome beseitigen werden. Recht überzeugend wirkt dies nur dann, wenn es einem selbst gelingt, sich bis zu einem gewissen Grade den Glauben an einem Erfolg zu suggerieren. Man gewinnt ihn tatsächlich mit der Zeit, wenn man durch die Erfahrung belehrt wird, wie weitgehend derartige Wirkungen sein können. Es ist nur natürlich, daß das Vertrauen des Arztes sich hauptsächlich auf diejenige Methode erstreckt, die er in erster Linie verwendet. Dies kann nur dann als schädlich betrachtet werden, wenn es zu einem absolut einseitigen Vorgehen verleitet, wenn z. B. ein Kurarzt oder Mechanotherapeut in der ausschließlichen Verwendung von Kohlensäure-, Luft- oder

Feuilleton.

Die klinische Beurteilung des Schmerzes.

Von **Alfons v. Rosthorn.**

(Fortsetzung.)

Als dumpfen Organschmerz bezeichnen wir jenen, welchen man bei chronischer Metritis des öfteren begegnet. Doch auch hier finden sich außerordentlich wechselnde Verhältnisse. Lomer führt denselben auf die Beteiligung des Bauchfelles zurück. Er mag meiner Ansicht nach damit insoferne recht haben, als das mitaffizierte subseröse Lymphgefäßnetz die bekannte Druckempfindlichkeit des puerperal infizierten Uterus auslöst. Auf die Beteiligung der Lymphbahnen möchte ich auch die bei chronischer Metritis so oft zu konstatierende Empfindlichkeit der sakrouterinen Ligamente zurückführen, deren Nervenreichtum (Nervus hypogastricus) bekannt ist. Dieser in diagnostischer Hinsicht wichtige Bandapparat macht sich auch beim Tuschieren gesunder Genitalien bemerkbar. Dehnung derselben bei bimanueller Untersuchung, Berührung des Fornix vaginae mit einem Wattetupfer werden fast regelmäßig schmerzhaft empfunden. Bekannt ist das Fehlen jeder Schmerzhaftigkeit bei oft weit vorgeschrittenem Karzinom. Wenn ein solches von Schmerz begleitet wird, dann ist es der Druckschmerz, welcher durch die karzinomatöse Infiltration der Parametrien ausgelöst wird, obgleich auch hier große individuelle Schwankungen sich geltend machen.

Den eigentlichen Wehenschmerz denken wir uns auf Grund der Roitschen Untersuchungen durch Ausbreitung der nervösen Elemente im benachbarten Beckenbindegewebe, in Übereinstimmung mit den Befunden von Knüpfer und Weidenbaum durch allmählich fortschreitende Dehnung dieser bindegewebigen Partien entstanden. Die Lokalisation des Wehenschmerzes wechselt während der zwei Geburtsperioden; die erste Form wird nach dem oberen Teile der Kreuz- und Leistengegend verlegt; später erscheint derselbe weiter unten u. zw. in den unteren Abschnitten des Kreuzbeines und im Steißbeine; sowie am Damme. Die Nachwehen sind ganz deutlich mit Schmerzempfindungen in recht ausgedehnten Hautzonen verbunden u. zw. finden sich nach Head die zehnte, elfte, zwölfte dorsale, erste lumbale und dritte sakrale Zone beteiligt. Somit zeigt die Gebärmutter auch bei der Geburt ähnlich wie die Harnblase reflektierte Schmerzen mit Hautempfindlichkeit in einer zweifachen Gruppe von Zonen.

Die meisten Erkrankungen gynäkologischer Art sind von Kreuzschmerzen begleitet. Es ist dies zweifellos ein irradiierter Schmerz, der sich vielleicht ganz durch die Headsche Projektion erklären läßt. Es ist dabei aber immer daran zu denken, daß Neurasthenische und Hysterische mit Vorliebe über Schmerzen in dieser Gegend klagen, ohne daß irgendeine gynäkologische Veränderung nachzuweisen wäre. Es ist dies die bekannte Neurasthenia spinalis, die der Spinalirritation der alten Mediziner und dem Lendenmarksymptome Hegars gleichzusetzen wäre. Differentialdiagnostisch kommen nur rheumatische Zustände in den Rückenmuskeln oder pathologische Prozesse an der Wirbelsäule in Betracht. Der Kreuzschmerz zählt übrigens auch als Teilerscheinung zu den sogenannten Senkungsbeschwerden bei bestimmten Lageanomalien (Deszensus, Prolaps).



Radiumbädern, der Heilgymnastik oder dergl. allein das Heil des Kranken erblickt. Die suggestiven Mittel müssen immer der Eigenart, bezw. dem Intelligenzgrade des Patienten angepaßt sein. Wer sich vor dem kalten Wasser fürchtet, bei jedem Luftzug unbedingt der Gefahr einer Erkältung ausgesetzt zu sein glaubt, bei dem sind z. B. Halbbäder oder Luftbäder ausgeschlossen. Andererseits habe ich mich bei der frommen Bevölkerung Südtirols nicht gescheut, die Hilfe des Priesters in Anspruch zu nehmen, um meinen Verordnungen besonders bei den dort sehr zahlreichen Herzneurosen hysterischer Färbung den richtigen Nachdruck zu verleihen.

Viel gesündigt wird in psychischer Beziehung durch einschränkende Verordnungen aller Art, deren Nutzen mehr als zweifelhaft und deren verstimmende Wirkung um so gewisser ist. Ich halte es für durchaus unberechtigt, die Behaglichkeit eines älteren Menschen, der an Herzbeschwerden leidet, durch die Entziehung des gewohnten Tabakes, mäßiger Alkoholmengen, des schwarzen Fleisches u. dgl. zu ruinieren. Oft bewirkt ein derartiges Regime nichts anderes als ein dauerndes Gefühl des Unbehagens und als objektives Zeichen des Verfalles eine rasche Gewichtsabnahme, welche, wenn sie bis zu einem gewissen Grade fortgeschritten ist, nur schwer wieder aufgehalten werden kann. Hingegen scheint es mir unerläßlich, den Kranken zu einer leichteren Lebensauffassung zu ermahnen und ihn aufzufordern, jede Gelegenheit zu benützen, bei welcher eine Ablenkung seiner Gedanken sowohl von seinem Leiden als auch von den sonstigen Sorgen wahrscheinlich ist. Solche Gelegenheiten werden z. B. durch Spiele aller Art geboten. Warum man so gerne das Kartenspiel verbietet, ist mir unerklärlich. Viele Kranke sind gewohnt, einen Teil des Tages in gemütlicher Stimmung am Kartentische zu verbringen. Der Wegfall dieser Zerstreuung erzeugt eine Lücke, welche schwer auszufüllen ist, und eine Langeweile, welcher ich einen sehr schädigenden Einfluß zuzuschreiben geneigt bin. Das gleiche gilt vom Theater und anderen Vergnügungen ähnlicher Art. Für direkt empfehlenswert halte ich das Billardspiel; ausnehmen möchte ich hingegen das Schachspiel, welches als eine psychische Anstrengung zu betrachten ist. Bei solchen Gelegenheiten den Kranken förmlich aus seiner gewohnten Lebensweise herauszuhebeln, indem man ihm befiehlt, dem Rauch, der öffentliche Lokale zu erfüllen pflegt, aus dem Wege zu gehen, ist trotz aller theoretischer Bedenken absolut überflüssig.

(Schluß folgt.)

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Mediziner-Vereinigungen. — Fulguration des Krebses. — Die Stipendienaffaire. — Unfall- und Trachomstation.)

Prof. J. Schwalbe schreibt in der „Deutsch. mediz. Wochenschr.“ Nr. 47 über deutsche und österreichische Medizinervereine. Wir wollen aus dem Artikel die Stellen, die österreichische Verhältnisse berühren, zitieren, um zu zeigen, wie man draußen im Reiche an kompetenter Stelle über unsere deutsch„freiheitliche“ Vereine denkt. Schwalbe schreibt: „Von den deutsch-österreichischen Universitäten besitzt nur Innsbruck bisher keine organisierten Medizinervereinigungen. Die an den übrigen Universitäten — Wien, Prag, Graz — bestehenden Vereine unterscheiden sich aber in mehreren Punkten von den deutschen. In Wien finden wir zwei medizinische Vereinigungen. Die ältere, der „Akademische Verein deutscher Mediziner“ besteht seit 1907 und beschränkt die Aufnahme von Mitgliedern auf deutsche Arier, hat also eine, vom ethischen wie kollegialem Standpunkte äußerst bedauerliche, antisemitische Tendenz. Der andere Verein, die „Vereinigung Wiener Mediziner“ ist 1907 gegründet und ist allein ein Pendant zu den deutschen Verbänden u. s. w.

Zur Erläuterung wollen wir noch bemerken, daß an keiner einzigen reichsdeutschen Universität, die in bezug auf nationale Gesinnung wohl den anderen nicht nachstehen, eine medizinische Vereinigung mit den Tendenzen des Wiener Akad. Ver. deutsch. Med., resp. des Grazer „Deutsch. Med. Verein“, der auf gleichem Niveau steht, existiert. Das sind deutsch-österreichische Spezialitäten, die aber gerade nicht zur Vermehrung unseres Ansehen beitragen, ut exemplum dozet. Es ist vielleicht überflüssig hinzuzufügen, daß der „Akad. V. D. M.“ sich der besonderen Gunst des Herrn v. Uriel erfreut, und daß er mit Vorliebe seine Stipendisten ans diesem Verein nimmt.

Gegenüber einer aufdringlichen Reklame in den Tagesblättern für die Fulgurationsmethode müssen wir unsere Leser

---

Die Affektionen der serösen Häute erzeugen nach Head keinen reflektierten Schmerz. Sie verursachen nur einen ganz lokalen Schmerz, der dem Laufe peripherer, sensibler Spinalnerven folgt und mit einer tiefliegenden Empfindlichkeit nur über den betroffenen Stellen verbunden ist.

Die Bauchdecke, welche vom Nervus ileoinguinalis und ileohypogastricus versorgt wird, sowie die Vulva zeigen Verhältnisse, wie sie dem übrigen Integumente gleichkommen. Wir begegnen hier dem typischen Wundschmerze nach Trauma und operativer Durchtrennung, welcher jedoch schon am Tage nach dem erfolgtem Trauma verschwunden zu sein pflegt. Auch findet sich hier der entzündliche Schmerz bei Abszessen und phlegmonösen Prozessen wie an anderen Körperteilen. Hyperalgesie der Bauchdecke wird demnach für eine Viszeralerkrankung, Hyperästhesie als hysterisches Stigma hingestellt werden können (Lomers irritable abdominal walls).

Hereditäre Belastung (neuropathische Veranlagung) anämisch-chlorotische Zustände, Fieber, chronisch andauernder Schmerz, sowie der Menstruationsprozeß sind Momente, welche als Ursache für die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Zentralnervensystemes allgemein angesehen werden können. All dies und dazu noch besondere physische Affekte vermögen den Schmerz zu verallgemeinern. „Tut uns ein Finger weh, so steckt er auch gesunde Glieder an mit Schmerzgefühl“, sagt uns schon richtig Shakespeare im Othello.

Auf Grund solcher Generalisationen kann dann eine wirkliche Psychoneurose ihren Ursprung nehmen. So finden sich denn auch alle Übergänge der beschriebenen typischen Sensibilitätstörungen zu jenen, welchen wir bei den ausgesprochen Hysterischen begegnen. Head hat es nicht versäumt, die Differentialdiagnose in dieser Hinsicht genauer festzulegen. Er unterscheidet — ob mit Recht, wage ich nicht zu entscheiden — einen zerebrospinalen und psychischen Typus der Hysterie; bei ersterem fänden sich die von ihm beschriebenen Zonen mit ihren scharfen Grenzen; bei letzterem gehen diese verloren und setzt ausgesprochene Gesichtsfeldeinschränkung ein; über der anästhetisch gewordenen Zone sind die Reflexe erloschen. Nur für den letzteren Typus möchte er die Bezeichnung Hysterie noch beibehalten wissen.

Wir haben uns, wie Sie diesen Erörterungen entnommen haben dürften, auf ein noch durchaus wenig gekanntes Gebiet zu begeben gewagt. Aber selbst dieser oberflächliche Einblick dürfte Sie darüber belehrt haben, welche Kompliziertheit die hiebei berührten Fragen aufweisen. Noch stehen meist Hypothesen einander gegenüber, über deren Wertigkeit man verschiedener Meinung sein kann. Kehren wir nun zum Schlusse zu dem mehr klinischen Teile unseres Themas zurück und beschäftigen wir uns noch etwas mit der Diagnose des Schmerzes. Hier möchte ich Sie zunächst auf die so oft zu machende Wahrnehmung hinlenken, wie schwer es oft fällt, von unseren Kranken präzise Angaben über die Art und den Sitz des empfundenen Schmerzes zu erlangen. Dieselben verfügen zwar über eine ganze Skala von Schmerzqualitäten, wobei die Bezeichnungen nach der Analogie mit den bei den verschiedenen Traumen gemachten Wahrnehmungen gewählt werden. So werden ziehende, schneidende, stechende, bohrende, klopfende, durchschießende, dumpfe Schmerzen beschrieben. Es werden dabei die scharf umschriebenen, von den diffus verbreiteten und ausstrahlenden, die plötzlich einsetzenden von den langsam ansteigenden, andauernde von den inter-



erinnern, daß neben unbestimmten Erklärungen verschiedener Autoren gerade in letzter Zeit Bier und seine Schule ganz absprechende Urteile über diese Methode veröffentlichen, der sie jede Heilwirkung absprechen und die sie in Bezug auf die Palliativwirkung absolut nicht über die früher bereits bekannten Mitteln stellen. Mit anderen Worten sagt Zangemeister, Königsberg, in einem Gesamturteil über alle nichtoperativen Methoden: Wir können bisher mit keinem Verfahren, mit keinem Mittel ein Karzinom auch nur entfernt mit der Sicherheit einer operativen Wegnahme heilen. Eine „Beeinflussung" krebsiger Geschwülste in ihrem Wachstum durch mehr oder weniger lokal angewandte Verfahren ist schon lange als möglich erkannt worden, und zwar durch zahlreiche, recht verschiedenartige Mittel. Daß von einer solchen Beeinflussung einzelner Fälle bis zu einer systematischen, allgemein gültigen Heilungsmöglichkeit nur noch ein kleiner Schritt ist, das hat sich schon seit jeher leider als Irrtum erwiesen.

In der bekannten Stipendienangelegenheit, in der der Wiener Bürgermeister von dem Stipendisten politische Reverse verlangte, teilte der Rektor den Studierenden mit, daß er durch die niederösterreichische Statthalterei von einem Erlaß an den Wiener Magistrat in Kenntnis gesetzt wurde, durch welchen die schwebende Stipendienangelegenheit von der Statthalterei im Sinne des Professorenkollegiums erledigt erscheint. In dem Statthaltereierlaß wird dem Wiener Magistrat eröffnet, daß dem Herrn Bürgermeister nicht verwehrt werden kann, bei frei zu verleihenden Stipendien von den Stipendienwerbern Erklärungen zu verlangen, durch die die Würdigkeit der Bewerber klargestellt werden kann, daß aber die Forderung von schriftlichen Reversen, welche sich auf die politische Gesinnung beziehen, absolut unzulässig sei. Wir glauben, daß derartige zahme Noten den „Herrn von Wien" nicht hindern werden, in analogen Fällen wieder nach seinem Gutdünken zu verfahren.

In ärztlichen Kreisen wie auch im Publikum wird das Projekt der Errichtung einer Unfallsstation im Allgemeinen Krankenhause, über das wir berichtet haben, viel erörtert. Für die beiden chirurgischen Kliniken Eiselsberg und Hochenegg würde hiedurch eine Entlastung und zugleich eine Vergrößerung ihres Belegraumes geschaffen werden. Eine Entscheidung dieser Frage wurde übrigens noch nicht getroffen und man wird sie auch kaum vor dem Schlusse des Wintersemesters erwarten können. Daß es den beiden chirurgischen Kliniken an Verletzungsmaterial fehlt, wird vielfach versichert und die Errichtung einer Unfallsstation als geeignetes Mittel gegen diesen Mangel bezeichnet. Die chirurgischen Abteilungen der Peripheriespitäler, die natürlich auch Wert darauf legen, Verletzte zur Behandlung zu übernehmen, würden trotzdem nicht verkürzt werden, da, so wird wenigstens behauptet, in Wien täglich etwa vierzig Unfälle sich zutragen, für die man auch in der neuen Unfallstation nicht würde immer Platz schaffen können. In dringenden Fällen, wo das Leben oder die Gesundheit der Kranken am Spiele ist, wird man wohl auch davon absehen müssen, Verletzte erst in die von der Unfallsstelle weit entfernte Station zu bringen. Das nächstliegende Spital wird hier in Anspruch genommen werden müssen. Im Allgemeinen Krankenhause ist man übrigens mit dem Plan, die ehemals Mosetigsche chirurgische Abteilung, an deren Stelle die Unfallsstation zu treten hätte, aufzulassen, nicht ganz einverstanden. Man schlägt vielmehr vor, es wäre diese Abteilung beizubehalten und mit einem Primararzte zu besetzen. Die Abteilung könnte auch einen anderen Platz erhalten, etwa im achten oder neunten Hofe statt im ersten, da dort durch den Umzug der Frauenkliniken in die neuen Räume genügend Platz sei. Die Übersiedlung und Neueinrichtung dieser chirurgischen Abteilung würde mit einem geringen Kostenaufwande — etwa 25.000 K — erfolgen können. Sollte die ehemals Mosetigsche Abteilung in eine Unfallsstation der beiden chirurgischen Kliniken umgewandelt werden, dann käme auch eine Verlegung der Ohrenklinik, welche die Abteilung von den Kliniken trennt, in Betracht. Den dritten Teil der aufzulassenden Abteilung soll bekanntlich die Trachomstation der Klinik Fuchs einnehmen. Die Errichtung dieser Station entspricht einer Forderung der Hygiene, da auch in den übrigen Wiener Spitälern, in denen sich Augenkranke befinden, im Wiedner Spital und im Rudolfsspital, Trachomstationen eingerichtet sind.

Die Pyrenolfrage.

Von **Dr. med. H. Neumann.**

Eine Wissenschaft, die einer anderen Tendenz dient als der Erforschung des objektiven Tatbestandes, ist zur moralischen Impotenz verurteilt! Diese bemerkenswerten Worte ruft ein auf dem Gebiete des gewerblichen Rechtsschutzes erfahrener Chemiker und Apotheker dem Leser ins Gedächtnis,

---

mittierenden, zeitweilig exazerbierenden deutlich unterschieden. Einzelne dieser Qualitäten sind ja von vornherein für die Diagnose eines bestimmten pathologischen Prozesses verwertbar.

Aber nicht bloß in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer Hinsicht ist die Erkenntnis der Schmerzkategorie eine wichtige Vorbedingung. Daher muß es unser Bestreben sein, den geklagten Schmerz auf Grund sorgfältig aufgenommener anamnestischer Angaben und des objektiven Befundes richtig zu klassifizieren. Abgesehen von jenen Fällen, in welchen eine organische Läsion, bezw. eine deutlich greifbare, pathologische Veränderung nach Sitz und Qualität des Schmerzes jene als unzweifelhafte Ursache des Schmerzes erkennen läßt, wird man in Anbetracht der großen Häufigkeit der Psychoneurosen, speziell bei unserem Krankenmaterial gut tun, bei nicht klar gewordenem Zusammenhange von Schmerz und der gefundenen, oft unbedeutenden Anomalie nach Merkmalen zu fahnden, welche die neuropathische Veranlagung des Individuums erkennen lassen. Schon die erregte, übertriebene Art der Darstellung, die Vielseitigkeit der Klagen und der große Wechsel in den Beschwerden wird unsere Aufmerksamkeit erwecken. Für den Geübten genügt oft ein kurzer Verkehr mit der Kranken, um die neurasthenische oder hysterische Natur des Leidens zu entdecken. Zuweilen jedoch bedarf es einer mehrtägigen Beobachtung. Wir studieren dann an der isolierten Kranken alle jene Momente, welche den Schmerz auszulösen, ihn zu verstärken, ihn abzuschwächen vermögen. Wir erfahren hiebei, ob Ruhe und schmerzstillende Mittel denselben beseitigen, ob Bewegung oder Anstrengung ihn erhöhen und ob er durch psychische Momente beeinflußbar ist. Wir lernen die Zeit seines Auftretens, seine Dauer, seine eventuelle Inkonstanz und dergleichen kennen; alles für die Beurteilung wichtige Faktoren.

Aber aus den Schmerzen allein lassen sich Psychoneurosen nicht diagnostizieren. Speziell zur Feststellung des hysterischen Charakters derselben bedürfen wir bekanntlich noch anderer objektiv nachweisbarer Merkmale. Als solche gelten Störungen der Sensibilität (Hemianästhesie, inselförmige oder diffuse Anästhesie, Anästhesie der Schleimhäute und damit im Zusammenhange stehendes Aufgehobensein des konjunktivalen und Würgreflexes), Einschränkung des Gesichtsfeldes und das Vorhandensein von hysterogenen Zonen. Differentialdiagnostisch kommen hiebei Neuritis, Neuralgie, organische Erkrankungen des Zentralnervensystems in Betracht, zu deren Ausschließung die Aufnahme eines genauen somatischen Befundes und neurologische Kenntnisse notwendig erscheinen.

Leider fehlen in einer großen Zahl von Fällen, welche gerade uns begegnen, jene als Stigmata bezeichneten Merkmale und andererseits ist z. B. das Fehlen des Würgreflexes nach meiner eigenen Erfahrung so außerordentlich häufig, daß dieses letztere Merkmal nur dann verwertbar erscheint, wenn es entweder in einer sehr ausgesprochenen Form vorliegt oder es sich mit den anderen oben erwähnten kombiniert vorfindet. Für diese unklaren Fälle bedarf es dann einer richtigen psychiatrischen Begutachtung.

(Forts. folgt.)



anläßlich der Besprechung über die „Deklaration von Arzneimitteln"[1]) Ruben, der Autor dieses Artikels wendet sich mit aller Schärfe gegen die künstliche Verteuerung der Arzneimittel, insbesondere bedingt durch die Patent- und Warenzeichengesetze; er wendet sich gegen das Geheimmittelunwesen ebenso, wie er vor zwei Jahren[2]) gelegentlich der Beratung des Schweizerischen Patentgesetzes für die chemische Industrie, für den unbedingten Schutz des geistigen Eigentums eingetreten ist. Um so erfreulicher ist es, wenn ein Fachmann auf dem Gebiete der Pharmazie und Chemie die Ursachen für die seit längerer Zeit eingeleitete Fehde gegen ein Mittel, wie das Pyrenol mit kritischer Schärfe untersucht. Gerade in der letzten Nummer der „Pharmazeutischen-Zeitung" ergreift er nochmals das Wort, wie er es bereits im Nummer 82 derselben Zeitschrift getan hatte, um zu der Pyrenolfrage Stellung zu nehmen. Mit einer den Volkswirtschaftler erkennenlassenden Kritik wendet er sich an die Gegner des Pyrenols und beweist ihnen, daß sie in Verkennung des obersten Rechtssatzes: „Audiatur et altera pars" die Pyrenolfrage künstlich konstruiert haben, und er läßt deutlich erkennen, daß eine innere Veranlassung, nämlich in Deutschland eine Kontrollstelle für Arzneimittel zu schaffen, nach einem äußeren Grunde gesucht hat. So leuchtet es denn jedem objektiven Beobachter auch ein, daß dieser äußere Grund in der vielleicht irrtümlichen Aufstellung der Pyrenolformel seitens des Fabrikanten gefunden wurde. Man muß dem Autor recht geben, daß hier von den Gegnern des Pyrenol ein sonderbares Spiel getrieben wird!

Von der chemischen Seite aus betrachtet Schreiber in der „Deutschen Ärzte-Zeitung"[3]) Pyrenol: Er als darstellender Chemiker des Pyrenols verwahrt sich entschieden gegen die Thomssche Behauptung, daß Pyrenol ein „mechanisches Gemisch" sei. Wir wollen diesem Autor auf das Gebiet der physikalischen Chemie nicht folgen und es ganz dahingestellt sein lassen, ob sich die vant Hoffsche „Theorie der festen Lösungen" auf die Darstellungsmethode des Pyrenols anwenden läßt oder nicht. Es genügt vielmehr, daß der effektive Darsteller des Pyrenols mit seinem Worte dafür eintritt, daß ein besonderes Herstellungsverfahren für Pyrenol vorhanden ist, und der etwaige Einwurf, daß der Fabrikant dieses Verfahren unter Patentschutz hätte stellen können, wird hinfällig durch die Tatsache, daß der Versuch des Fabrikanten, wie er uns nachgewiesen ist, tatsächlich gemacht worden war, infolge wirtschaftlicher Verhältnisse aber vor Jahren zurückgezogen wurde, und zwar aus Gründen, die keiner besser beleuchtet, als Arved Jürgensohn[4]) in seiner Schrift „Erfinderschicksale". Man kann es deshalb nur mit Freude begrüssen, wenn diese Streitfrage nicht allein von der chemischen Seite aus beleuchtet worden ist, sondern vor allem auch von der ethischen und moralischen.

Wenden wir uns nunmehr der Frage zu, welchen Platz Pyrenol in der Therapie einnimmt. „Eine Übersicht der bisherigen Publikationen namhafter Kliniker und Ärzte, von Dr. Georg Hünecke, Berlin, III. Auflage", gibt uns hierüber am besten Aufschluß. 38 klinische usw. Arbeiten lassen Pyrenol als wirksames und mildes Antipyretikum und Sedativum und kräftiges Expektorans erscheinen, und sein sechsjähriges Bestehen ist das beste Zeugnis dafür, daß es der vorhandenen ärztlichen Literatur entsprechend sich wirklich bewährt hat bei: Pertussis, Pneumonie, Asthma, Influenza, Bronchitis, Gicht, Herzneurosen. Der therapeutische Wert dieses Produktes ist also glänzend bewiesen und es erscheint geradezu unerklärlich, daß man Pyrenol befehdet, es sei denn, daß man Sonderinteressen befolgt, indem man versucht, Pyrenol im Gegensatze zum Synthetikum als „mechanisches Gemisch" hinzustellen! Dieser Vorwurf ist aber an sich wie bereits erwähnt, unberechtigt und es ist interessant, was Hirschberg[5]) hierüber berichtet: „Die Dr. Horowitzschen Präparate verdanken ihren Ruf dem therapeutischen Wert, welcher in erster Linie auf der Eigenart ihrer Zusammensetzung beruht. Während nämlich bis in das letzte Dezennium nur Arzneimittel bekannt waren, die man in Synthetika oder Nichtsynthetika einteilte, führte Dr. Horowitz eine neue Klasse von Arzneimitteln ein, welche ein Bindeglied zwischen den Synthetizis und den galenischen Präparaten darstellen. Er ging von der Idee aus, daß in gleicher Weise wie bei den Synthetizis durch Einfügung bestimmter chemischer Gruppen in bestehende Verbindungen neue pharmakodynamische Wirkungen hervorgerufen werden, dieselbe auch wohl für Körper mit physikalisch-chemischer Bindung, wie sie aus bestimmten pharmakotherapeutischen Erwägungen heraus beabsichtigt und erzielt wurde, zutreffen müsse". Die Praxis hat diese Voraussetzung zur Evidenz bewiesen.

Die Quintessenz der ganzen Frage bleibt nicht zuletzt in der Beantwortung, ob Pyrenol therapeutisch wirksam ist oder nicht und diese Frage kann auf Grund der gesamten ärztlichen Urteile, die mir vorgelegen haben, dahin beantwortet werden, daß Pyrenol eine unbedingte Bereicherung der Materia medica bedeutet. Die ganze Streitfrage ist erstanden aus einer von Prof. Thoms Institut ausgegangenen unrichtigen Analyse des Pyrenols, wie dies gerichtlicherseits festgestellt worden ist. Dieses Institut nun eben fühlt sich berufen, die Kontrollstelle zur Untersuchung von Arzneimitteln abzugeben und es ist ein schlechtes Vorzeichen, daß in statu nascendi, kaum zum Leben erblüht, ein derartiges Resultat, wie die Pyrenolanalyse von einem Universitätsinstitute gezeitigt wurde, das sich als Richtstätte berufen fühlte, über welches jedoch selbst das ordentliche Gericht richten mußte. Man kann hier mit dem Dichter sagen: „Ein anderes Antlitz, eh' sie geschehen, ein anderes zeigt die vollbrachte Tat".

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter".

(Fortsetzung.)

Über die Regeneration des Blutes sprach W. Türk, Wien. Wenn man sich die klinischen Blutbefunde vor Augen hält und die entwicklungsgeschichtlichen und histologischen Forschungen der letzten Jahre in bezug auf die Fragen der Abstammung, der Entwicklung und des gegenseitigen Zusammenhanges der roten und weißen Blutkörperchen berücksichtigt, ergeben sich im wesentlichen folgende Schlüsse: Sämtliche Zellen des normalen Blutes sind als reife Elemente anzusehen, machen in der Blutbahn keine weitere Umwandlung durch und gehen nicht ineinander über. Entwicklungsgeschichtlich erfolgt die Bildung der roten und der granulierten weißen Blutkörperchen in innigem Zusammenhange mit der Bildung der Blutgefäßanlagen aus den Zellen der sogenannten Blutinseln des Mesenchyms und deren Abkömmlingen. Später geschieht die Bildung dieser Zellen normalerweise nur im Knochenmark, unter krankhaften Verhältnissen aber auch wieder wie im früheren Embryonalleben in der Leber, der Milz, den Lymphdrüsen und an anderen Orten, aber immer in unmittelbarem Anschluß an kleine Gefäße. Die Bildung von Lymphkörperchen erfolgt stets getrennt in den Lymphdrüsen und in den im Organismus sehr verbreiteten Lymphfollikeln. Die direkte Stammzelle der roten Blutkörperchen (Erytthroplast) ist durch die Fähigkeit, Blutfarbstoff (Hämoglobin) zu bilden, gekennzeichnet. Je nachdem, ob diese Bildung in einem unreifen oder im reifen Zustande der Zelle erfolgt, entstehen größere oder kleinere kernhaltige rote Blutkörperchen (Megalo- und Normablasten), die sich durch weitere Teilung vermehren, dann ihren Kern verlieren und so je nach der Beschaffenheit der Ursprungszelle

[1]) Pharmazeutische Zeitung, Berlin, Nr. 95, 1908.

[2]) Schweizer Blätter für Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bern 1906, Heft 1.

[3]) Deutsche Ärzte-Zeitung, Heft 21, 1908.

[4]) Patentgesetzgebung und Erfinderschicksale, Karl Heymanns Verlag, Berlin 1906.

[5]) Deutsche Ärzte-Zeitung, Heft 20, 1908.



zu großen oder kleinen (normalen) roten Blutkörperchen werden. Der erstere Vorgang erfolgt im frühen Embryonalleben später nur mehr unter schwer krankhaften Verhältnissen, insbesondere bei der sogenannten perniziösen Anämie; der letztere ist der gewöhnliche, normale Entwicklungsgang. Die drei Arten der granulierten weißen Blutkörperchen, die neutrophil, eosinophil und basophil gekörnten Zellen, entstehen aus einer gemeinsamen ungranulierten Stammzelle, dem Myelo- oder Leukoblasten. Aus diesen entwickeln sich zunächst einkernige granulierte Zellen, die Myelozyten; diese vermehren sich durch Teilung, und aus deren Produkten entstehen durch Kernumformung die reifen polymorphkernigen nentrophilen, ekosinophilen und basophilen Leukozyten des normalen Blutes. Bei krankhafter Wucherung der Myelozyten und Myeloblasten entstehen die chronischen und akuten Formen der myeloiden Leukämie. Die Lymphkörperchen entstehen aus den sogenannten Lymphoblasten, die zu Großlymphozyten ausreifen. Die letzteren teilen sich wiederholt und aus den kleineren Teilungsprodukten entstehen die reifen (kleinen) Lymphozyten. Durch krankhafte Wucherung der mittleren und großen Lymphozyten und der Lymphoblasten entstehen die chronischen und akuten lymphatischen Leukämien. Unter normalen Verhältnissen sind die Hauptträger der Blutzellenbildung nicht die frühesten Entwicklungsstufen, sondern die schon vollkommen differenzierten Abkömmlinge dieser, die Normoblasten, die Myelozyten und die mittelgroßen Lymphozyten.

Die orthotische Albuminurie besprach Dr. Jehle, Wien. Es gibt bei Kindern eine Albuminurie, bei der die Eiweißausscheidung nicht wie bei einer Nierenentzüngung andauernd vorzukommen pflegt, sondern erst dann auftritt, wenn die Patienten das Bett verlassen und ihrer Beschäftigung nachgehen. Solange also diese Kinder eine horizontale Lage einnehmen, sind sie von den Krankheitserscheinungen befreit. Die Ursache der Erkrankung war bisher trotz zahlreicher Forschungen vollständig unklar, bis Jehle gefunden hat, daß die Ursache der Erkrankung in einer eigentümlichen Formveränderung der Wirbelsäule, in einer sogenannten Lordose beruht. Sobald sich nämlich die Kinder aus einer horizontalen Lage etwas aus ihrem Bette erheben, tritt bei ihnen im Aufstehen sofort eine lordotische Krümmung in ihrer Wirbelsäule auf und damit erscheint auch gleichzeitig die krankhafte Eiweißausscheidung. Die Ursache der Erkrankung ist also nicht, wie bisher angenommen wurde, eine Erkrankung der Niere oder des Nervensystems, sondern ausschließlich durch äußere Ursachen bedingt und läßt sich jetzt durch einfache mechanische Momente erklären, und wenn das kranke Kind die schädliche Körperhaltung meidet, kann es sich ohne irgend welche Krankheitserscheinungen frei herumbewegen. Es genügt eine einfache Korrektion der Körperhaltung durch Tragen eines entsprechenden Mieders. Auf Grund der Beobachtungen Jehles wird man jetzt die Erkrankung richtiger mit dem Namen „lordotische Albuminurie" bezeichnen.

Über Diphtheriereaktion sprach Dr. Schick, Wien. Ähnlich wie das Gift der Tuberkelbazillen, das Tuberkulin, durch kutane Impfung zu diagnostischen Zwecken verwendet, ist auch die kutane Impfung von Diphtherietoxin zur Prüfung einer Reihe von für die Serumtherapie der Diphtherie wichtigen Fragen geeignet. Die auf die Einimpfung von Diphtherietoxin in die Haut entstehende Reaktion kann durch Einspritzung von Heilserum beeinflußt werden. Aber diese günstige Beeinflussung ist nur dann möglich, wenn die Seruminjektion mindestens gleichzeitig erfolgt. Injiziert man 12, 18 oder 24 Stunden später, so verläuft die Reaktion so, als wenn überhaupt kein Heilserum injiziert worden wäre. Dieser Befund spricht für die Notwendigkeit der Forderung möglichst frühzeitiger Anwendung des Dyphterieheilserums. Auf dem Wege der Kutanreaktion läßt sich auch die Frage beantworten, wie lange der durch prophylaktische Seruminjektion gegebene Schutz andauert. Die Abnahme des Schutzes beginnt am Ende der dritten Woche. Das vollständige Schwinden des Schutzes erfolgt am 26. bis 30. Tage nach der Serumeinspritzung.

(Forts. folgt.)

Dritter internationaler Kongress für Irrenpflege in Wien.

(Schluß.)

Unter dem Präsidium des Prof. Tamburini, Rom, setzte der Kongreß seine Beratungen fort. Staatsinspektor Dr. v. Deventer, Amsterdam, sprach über die Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken, für die er folgende Behandlung vorschlägt: Die Kranken sollen in der Anstalt verschiedene Stationen passieren, auf denen sie durch spezielle und eingehende Behandlung sowie durch Beschäftigung, durch Arbeit im Freien, Ausbildung in Gruppen usw. wieder brauchbar gemacht würden. Medizinalrat Kreuser, Winnental, referierte über Bestrebungen und Erfolge der Irrenhilfsvereine, die sich an die öffentliche Fürsorge anschließen sollten. Geheimer Medizinalrat Moëli, Berlin, sprach sich gegen die Angliederung von Heilanstalten an Strafgefängnisse aus und befürwortete Abteilungen für geisteskranke Verbrecher an Irrenanstalten. Als Ideal erscheine ihm die Schaffung von Spezialanstalten für geisteskranke Verbrecher. Direktor Dr. Scholz, Oberwalde, sprach über die Ausbildung des Pflegepersonals, Dieses entstamme den niedrigen sozialen Schichten und sei heute ohne die geringste Vorbildung, was um so mehr zu beklagen sei, als es sich bei der Irrenpflege um Probleme des Seelenlebens handelt. Der Referent plädierte für die Heranziehung gebildeter Elemente zum Pflegedienste und trat auch für die Errichtung von Pflegerschulen und für Fachprüfungen ein. Prof. Dr. Ferrari, Bologna, schilderte die in England und Schottland eingebürgerte Familienpflege als die humanste Form der Behandlung von Geisteskranken und berichtete sodann über ein von ihm in Italien eingeführtes System der Familienpflege.

Frau Aurelie Obermayer-Wallner, Wien, sprach über die Errichtung einer humanitären Arbeitsstube für aus den Irrenanstalten geheilt entlassene Frauen. Derartige Arbeitsstuben würden eine Lücke in den bestehenden humanitären Instituten ausfüllen und den Übergang zum Wiedereintritt in das normale Erwerbsleben bedeuten. Die in der Gesellschaft noch vielfach herrschenden Vorurteile gegen aus der Irrenanstalt Entlassene könnten so leichter und erfolgreicher bekämpft werden.

Professor Alt trat in der letzten Sitzung für die Familienpflege ein, die in wirtschaftlicher Hinsicht die beste und billigste sei. In Belgien habe Peters für 2000 Kranke die Familienpflege geschaffen. Die Bedingung sei, daß man über viele Ärzte verfüge, welche die Pfleglinge regelmäßig zu besuchen haben. Hat man wenig Ärzte, dann baut man große, kostspielige Anstalten. Die Familienpflege einzuführen, sei überall möglich, wenn man nur in der richtigen Weise vorgehe.

Über dasselbe Thema referierten sodann in französischer Sprache Professor Ferrari (Jmola-Bologna) und Professor Esposito (Macarata).

Direktor Regierungsrat Dr. Kögler referierte über „Die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterversicherung und insbesondere die Invalidenversicherung der Arbeiter" und sagte: Die Einführung der Invalidenversicherung ist vom Gesichtspunkte der Irrenfürsorge geboten. Es ist für eine statistische Beobachtung des Geisteskranken einschließlich der durch Unfall veranlaßten Irrsinnsfälle nach Beschäftigungs- (Betriebs-) Arten, Alter und Geschlecht zu sorgen, wobei zu versuchen sein wird, die Zahl der Geisteskranken zur Zahl der Beschäftigten in Beziehung zu bringen und auch die Ursachen der Geisteskrankheit statistisch zu beobachten. Die Versicherungsanstalten sind zur Übernahme des Heilverfahrens und zu Aufwendungen hiefür zu ermächtigen. Ebenso sollen sie, und zwar insbesondere die Invalidenversicherungsanstalten, sich an dem Kampfe gegen die Ursachen der Geisteskrankheiten (Geschlechtserkrankungen, Alkoholmißbrauch) beteiligen. Die Aufwendungen müssen jedoch stets zu der zu erwartenden Ersparnis an Entschädigungen im richtigen Verhältnis stehen.



Über Berliner Familienpflege sprach Dr. Matthies (Dalldorf-Berlin). Der Vortragende bringt hauptsächlich die Einrichtungen der von der Irrenanstalt Dalldorf durchgeführten Familienpflege zur Sprache. Die Familienpflege wurde in Berlin 1885 von Geheimrat Sander, Direktor der Dalldorfer Anstalt, begründet — und am Schlusse dieses Jahres befanden sich zehn Kranke in Pflege. Heute hat sich die Zahl um das Fünfzigfache vermehrt, so daß am 31. März 1907 bei einem Gesamtbestand der von den Anstalten Dalldorf-Herzberge, Wuhlgarten und Buch ein Bestand von 521 in Pflege Befindlichen zu verzeichnen war; das heißt 6·7 Prozent, für Dalldorf allein ergab sich ein Prozentsatz von 10·1. Die Berliner Familienpflege bezweckt erstens solchen Kranken, bei denen nach Art ihres Leidens eine Wiederherstellung ausgeschlossen, eine früher oder später einsetzende Verschlimmerung und damit die Rückführung in die Anstalt zu erwarten ist, wenigstens vorübergehend die Wohltat der freiesten Verpflegung zuteil werden zu lassen. Zweitens soll sie solchen Kranken, deren psychisches Leiden abgelaufen und bei denen eine Änderung nicht mehr anzunehmen ist, die aber erwerbsunfähig und dauernd auf die Hilfe geistesgesunder Personen angewiesen sind, die Möglichkeit geben, außerhalb der Anstalt zu existieren. Drittens aber soll die Familienpflege, und darin liegt ihre Hauptbedeutung, Kranken, von denen man annehmen kann, daß sie geheilt oder bis zu einem gewissen Grad gebessert werden, den Übergang zu einem selbständigen Beruf erleichtern oder sie wenigstens so weit fördern, daß sie in die öffentliche Armenpflege entlassen werden können. Die Familienpflege bedeutet also für Berlin eine vorübergehende und eine dauernde Verpflegungsform. Sämtliche Formen von Geistesstörung sind bei den Pfleglingen vertreten. Die Psychose an sich ist niemals ein Hinderungsgrund zur Inpflegegabe. Der Vortragende geht dann ausführlich auf die technischen Einrichtungen der Dalldorfer Pflege ein und kommt zu dem Schlusse, daß auch für Berlin, wie allerorts, die Familienpflege eine segensreiche Einrichtung geworden ist, die sowohl den Kranken, wie der Kommune und auch den Anstalten sehr erhebliche Vorteile bringt.

Stabsarzt Dr. Drastich (Wien) sprach über „Vorsorge bezüglich der Geisteskranken im Kriege“. Gelegentlich der Lektüre der Berichte über den Russisch-japanischen Krieg, speziell über die vielen während desselben vorgekommenen Fälle von Geistesstörung, ist dem Vortragenden zum Bewußtsein gekommen, daß für die österreichisch-ungarische Armee keine Bestimmungen bezüglich Geisteskranker im Kriege existieren. Es handelt sich darum, einerseits das Vorkommen geistiger Erkrankungen bei der Armee im Felde möglichst einzuschränken, anderseits Geisteskranke so rasch als möglich zu versorgen. Die Erfahrungen der letzten Kriege haben gelehrt, daß durch diese die Geistesstörungen im allgemeinen eine Vermehrung erfahren, was durch die Strapazen und Aufregungen des Krieges ja genügend erklärt wird. Das Streben der Militärärzte sollte dahin gerichtet sein, alle im weiteren Sinne psychopathisch Minderwertigen schon im Frieden möglichst von der Armee fernzuhalten. Nach dem Bericht des Dr. Awtokratow, der als Bevollmächtigter des Roten Kreuzes im Russisch-japanischen Kriege die Behandlung der Geisteskranken zu leiten hatte, gab es auf russischer Seite 2000 Fälle von Geistesstörung, die einen ziemlich umfangreichen Apparat zur Evakuation der Kranken notwendig machte. Die Zentrale bildete das psychiatrische Spital in Charbin. Die Evakuation wurde in der Art durchgeführt, daß monatlich drei- oder viermal etwa dreißig Soldaten und sechs bis acht Offiziere mit dem nötigen Personal unter Aufsicht eines Arztes in sechs Eisenbahnwaggons untergebracht und diese einem Sanitätszuge angehängt wurden. Für die österreichisch-ungarische Armee müßten im Kriegsfalle ähnliche Verhältnisse geschaffen werden. Es müßte eine Sammelstelle für Geisteskranke nach rückwärts verlegt werden. Wären die Truppen nicht zu weit in das Feindesland vorgedrungen, dann könnte man diese Sammelstellen im Innern der Monarchie im Anschluß an ein Militär- oder Zivilspital etablieren. Der Vortragende ging sodann in die Detaillierung dieser Frage ein, erörterte die Aufstellung und innere Einrichtung der Sammelstellen und schloß mit der Bemerkung, aus dem Gesagten ergebe sich, daß der Ausbildung der Militärärzte in der Psychiatrie eine möglichst große Beachtung geschenkt werden sollte, und daß bezüglich der Geisteskranken im Kriege seitens der Heeresverwaltung Vorsorge zu treffen wäre.

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 20. November 1908.

Josef Schwoner stellt ein drei Wochen altes Kind mit angeborenen Zähnen vor. Am Oberkiefer die vier Schneidezähne und die beiden Eckzähne, am Unterkiefer der Eckzahn.

Josef K. Friedjung stellt einen Fall von Barlowscher Krankheit vor. (7 Monate altes Mädchen.)

Karl Ewald stellt einen operierten Fall von Exstrophia vesicae vor. Der Knabe wurde von E. im Mai 1899 operiert. Er war damals $1^1/_2$ Jahre als, ist also heute zehn Jahre vorüber. Er wurde nach dem von Maydl angegebenen Verfahren operiert. (Einpflanzung des Trigonum in die Flexura sigmoidea). Der Knabe war seit der Operation immer gesund und wird nur dann, wenn er am Abend mehr gegessen hat, genötigt, in der Nacht zum Harnlassen aufzustehen. E. berichtet noch von weiteren zwei Fällen im Alter von 5 und 3 Jahren, die er operierte und bei denen der funktionelle Erfolg ein vollständiger war.

Rudolf Frank kann die Ausführungen Ewalds bestätigen. Er verweist auf einen Fall, den er vor mehr als zehn Jahren wegen Ektopie der Blase nach Maydl operiert hat.

Der Patient ist kontinent, sein Urin ist völlig klar, zeigt keine Zeichen von Pyelitis. Bei der Romanoskopie sieht man, daß die Darmschleimhaut normal, nirgends geschwürig ist. Im Romanoskope sammelt sich ein See klaren, durchsichtigen Urins an.

Anton v. Eiselsberg hat die Maydlsche Methode etwa sechsmal ausgeführt, zweimal aszendierende Pyelitis gesehen, trotz Einpflanzung des Trigonum Lieutaudii. Ein im Jahre 1896 operierter Fall stellt ein Dauerresultat dar.

v. Eiselsberg stellt einen 32jährigen Patienten vor, bei welchem vor etwa einem Monate ein kindsfaustgroßer Tumor (kleinzelliges Rundzellensarkom) der dritten und vierten Rippe unter Verwendung der Sauerbruchschen Kammer bei der Operation entfernt wurde. Redner erklärt das Sauerbruchsche Verfahren für einen bedeutenden Fortschritt in der Thoraxchirurgie.

v. Eiselsberg demonstriert ferner den Wert des Druckdifferenzverfahrens an einer Ziege, der er vor einem Tage durch Rippenresektionen beide Pleuren gleichzeitig eröffnet hat. Zum Schlusse wird das Prinzip des Druckdifferenzverfahrens an einigen Projektionsbildern, welche Sauerbruchsche und Braunersche Kammer darstellen, erläutert.

Theodor Escherich erinnert, daß das Prinzip der Sauerbruchschen Kammer die Verwendung des Unterdruckes zur Entfaltung der Lunge bei freier Atmung, schon viel früher von seiten des Wiener Kinderarztes J. Hauke (1876) praktisch in Verwendung gezogen wurde. Veranlassung dazu gaben die bei rachitischen Kindern so häufigen und gefährlichen Bronchitiden, die wegen der Nachgiebigkeit der rachitisch erweichten Thoraxwände rasch zu ausgebreiteter Atelektase und Kohlensäurevergiftung führen. Um dies zu verhindern, hat Hauke einen stiefelförmigen Apparat aus starken Metallwänden konstruiert, „die pneumatische Wanne“, in welchen das kranke Kind in halbsitzender Stellung bis zum Halse eingebettet wurde, so daß nur der Kopf herausragte. Am Halse war eine Dichtung angebracht, so daß der Innenraum des Stiefels luftdicht abgeschlossen war. Durch eine Pumpe wurde die Luft im Innern verdünnt, so daß die



Thoraxwand mit Unterstützung des Überdruckes der mit der Inspiration eindringenden Luft mechanisch nach außen gezogen. Der Apparat gerieth bald in Vergessenheit.

Anton v. Frisch demonstriet das Präparat einer Pyonephrose. Im Nierenbecken der erkrankten Niere fand sich ein haselnußgroßer, aus einer schwarzen, schmierigen Masse bestehender Pfropf, welcher in den Anfangsteil des Ureters hineinreichte und diesen vollständig obturierte. Er besteht aus einer amorphen, krümeligen Masse, die von dunkelbraunen Pigmentschollen durchsetzt ist, welche sicher kein Blutpigment sind. Chemisch ist phosphorsaurer Kalk und Eiweiß, hingegen kein Blutfarbstoff nachzuweisen.

Hermann Prigl demonstriert ein durch Sectio alta gewonnenes Präparat eines Falles von Cystitis dissecans necrotica, der durch ganz besondere Eigentümlichkeiten in seinem Verlaufe unser Interesse in Anspruch nimmt. Während gewöhnlich zum Zustandekommen einer derartigen Totalnekrose der Blasenschleimhaut außer der ammoniakalischen Zystitis noch Harnretention und Überdehnung der Blase infolge von Kompression der Urethra oder Blase (Retroflexio uteri gravidi, Haematometra lateralis, Myoma uteri, Hypertrophia prostatae) als ursächlich beschrieben wird, fehlt dieses Moment in unserem Falle. Und während sonst als Ausgang einer solchen Nekrose kein Verbleiben der gangränösen Massen in der Blasenhöhle, Übergreifen der Gangrän auf die Umgebung, eventuell Durchbruch in das Peritoneum oder Pyelonephritis beschrieben wird, haben wir es hier mit einer Art von Sequestrierung des ganzen nekrotischen, abgestoßenen Sackes, also gewissermaßen einer Spontanheilung zu tun.

Julius Hochenegg sah einen ähnlichen Fall bei einem achtjährigen Knaben, wo es zur Sequestrierung der ganzen Blasenschleimhaut nach einem appendikulären Abszesse gekommen war.

Robert Lenk demonstriert ein durch Operation gewonnenes Nierentuberkulosepräparat, das ein System von tuberkulösen Kavernen aufweist, zwischen denen auch histologisch das Parenchym ganz zugrunde gegangen ist.

Alfred Exner stellt vor: 1. Einen siebenjährigen Knaben, bei dem sich in den ersten Lebensmonaten, von dem Kieferwinkel ausgehend, langsam wachsend, eine Geschwulst entwickelte. Man fühlt unter dem horizontalen, linken Unterkieferaste einen aus Knollen und Strängen bestehenden Tumor, der bis über die Mitte des Kinns nach rechts reicht. Nach oben begrenzt sich die Geschwulst am unteren Orbitalrande, reicht nach rückwärts bis hinter das vergrößerte Ohr und nach unten bis nahe an die Klavikula. Außer diesen Tumoren, die wir klinisch als Fibrome ansprechen müssen, finden wir am Stamme des Kinnes eine Reihe von größeren und kleineren, pigmentierten Hautpartien, so daß wir den Fall als Forme fruste der Neurofibromatosis v. Recklinghausen auffassen müssen.

2. Einen Fall von charakteristischer Akromegalie. (34jährige Frau.) Es bestehen hochgradige Sehstörungen (Hypophysentumor). Das Röntgenbild zeigt eine stark erweiterte Sella turcica. Redner will nach der Exstirpation des Hypophysentumors die Patienten wieder vorstellen.

Reg.-Arzt Kitaj demonstriert einen Thermomassageapparat für den praktischen Arzt. *i. m.*

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 29. Oktober 1908.

Otto Marburg demonstriert zwei Fälle von Dystrophia musculorum, der eine ist dadurch interessant, daß sich im Anschlusse an die hochgradige Atrophie eine paralytische Kontraktur zeigte. Diese führte zu einer eigenen Stellung (Hockstellung) und Hockgang. Pathologisch-anatomisch ist der Prozeß als eine primär degenerative (parenchymatöse) Entzündung der Muskeln aufzufassen. Der zweite vorgestellte Patient bietet das typische Bild er Dystrophia muskulorum dar.

Julius Zappert demonstriert ein zweijähriges Kind. welches zirka acht Tage nach Ablauf einer rechtsseitigen Spitzenpneumonie an einem Tremor der linken Extremitäten erkrankte; Fieber und sonstige Erscheinungen außer allgemeiner Unruhe waren nicht vorhanden. Nach dreiwöchentlicher Dauer ist der Tremor bis auf ganz geringe Reste geschwunden. Vortr. erläutert kurz an einer größeren Reihe selbstbeobachteter Fälle die Bedeutung des einseitigen oder allgemeinen Tremors als Initial- und Begleitsymptom von tuberkulöser Meningitis, Hirntuberkeln, ausgesprochener Enzephalitis. Es gibt auch Fälle von Zittern bei kleinen Kindern, welche ohne zerebrale Begleiterscheinungen und ohne irgendwelche Dauerfolgen ausheilen, für die er die Bezeichnung „akuter, zerebraler Tremor des frühen Kindesalters“ vorschlägt.

Josef Friedjung demonstriert ein sieben Monat altes Kind mit einer isolierten totalen Lähmung des rechten Fazialis. Die rechtseitige Gesichtslähmung trat plötzlich auf unter Fieber und Hinfälligkeit. (Dauer dieses Zustandes drei Tage.) Augen und Ohrenbefund normal. Es bebesteht deutliche Entartungsreaktion. Redner glaubt, daß diese Fazialislähmung mit der derzeit herrschenden Epidemie von Volio myelitis anterior acute in Zusammenhang stehen dürfte.

Theodor Escherich schließt sich der Ansicht der Vorredner an.

Romeo Monti: Modifikationen der Hautreaktion bei Tuberkulose. Bei der Überprüfung der v. Pirquetschen Reaktion hat man gefunden, daß die Skarifikationen der Haut für das Zustandekommen der Reaktion nicht unbedingt notwendig sind und daß es möglich ist, auch ohne Verletzung der obersten Hautschichten durch bloßes Auftragen des Toxins auf die Haut charakteristische Hautreaktionen hervorzurufen. Lignières hat durch Einreiben der rasierten Haut mit Tuberkulin bei tuberkulösen Tieren konstant eine spezifische Reaktion in Form lupusartiger Hautveränderungen hervorgerufen. Lautier hat in ähnlicher Weise durch 48stündige Einwirkung einer 1%igen Tuberkulinlösung auf die Haut bei tuberkulösen Individuen eine Reaktion in Form bläschenförmiger Effloreszenzen auf entzündeter Basis erhalten. Diese Reaktion hat gegenüber der kutanen Impfung den Nachteil, daß ihr Resultat erst nach 48 Stunden manifest wird und daß sie weniger empfindlich ist, andererseits aber den Vorteil, daß dabei die Impfung vermieden wird. Moro erzielte durch Einreiben der Haut mit einer zirka 50%igen Tuberkulinsalbe bei skrofulösen Kindern eine spezifische Reaktion, die darin besteht, daß am Orte der Einreibung knötchenförmige Effloreszenzen entstehen, die nach einigen Tagen spontan wieder verschwinden. Vortr. kommt auf Grund seiner Untersuchungen bei zirka 300 Kindern zu dem Schlusse: Die Salbenreaktion nach Moro ist eine spezifische, weil alle Fälle, die perkutan positiv reagierten, auch bei der kutanen Impfung ein positives Resultat ergaben. Die perkutane Probe ist etwas weniger empfindlich als die kutane Impfung, weil sie bei vorgeschrittenen und latenten Tuberkulosen früher versagt als die v. Pirquetsche Reaktion. Vortr. zeigt die Salbenprobe bei einigen Kindern und demonstriert zum Schlusse noch die Aurikuloreaktion von Tedeschi, der die vordere Fläche der Ohrmuschel als Injektionsstelle wählte, weil er meint, daß hier das Infiltrat deutlicher zum Vorscheine kommt als an Hautstellen mit gut entwickeltem Unterhautzellgewebe. Diese Reaktion, im Prinzip der Stichreaktion nach Hamburger vollkommen gleich, hat den Nachteil, daß sie wegen der Entstellung, die sie verursacht, bei ambulatorischen Patienten nicht gut verwendbar ist und in manchen Fällen eine Schwellung der retroaurikularen Drüsen hervorruft. Vortr. kommt zu folgendem Schlusse: Als bequemste Probe empfiehlt sich die kutane Impfung und zur Kontrolle dieser die Stichreaktion; für Ärzte und Patienten, welche die Impfung scheuen ist die Salbenreaktion nach Moro als eine vollkommen unschuldige, wenn auch weniger genaue Probe zu empfehlen.



Escherich hält die Stichreaktion für die sicherste und genaueste Methode in der Tuberkulindiagnostik, da sie ja ein Kriterium bei der Tuberkulinbehandlung ist.

Friedjung frägt, ob Monti borines oder humanes Tuberkulin verwendet habe und ob der Reaktionsunterschied bei der Tuberkuline ein großer sei.

Monti erwiedert, daß er ausschließlich humanes Tuberkulin verwendet habe. *i. m.*

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

(Fortsetzung.)

Jenckel stellt aus der Chirurgischen Klinik einen 32jährigen Mann vor, welchem beim Ausbohren von Sprenglöchern im Schacht durch den Bolzen einer elektrisch betriebenen Bohrmaschine eine schwere Verletzung der Genitalien zugefügt war (sogenannte Schindung). Der linke Hode war mitsamt dem Funiculus vollkommen aus dem Scrotalsack herausgedreht und fehlte. Die ganze Haut des Hodensackes sowie des Penisschaftes bis hinauf zur Corona glandis war zerfetzt, nur an der linken Seite war neben dem Perineum ein kleines Läppchen Scrotalhaut stehengeblieben. Der rechte Hode lag vollkommen entblößt, frei zu Tage und hing am Samenstrang. Zur Bedeckung des rechten Hodens wurde an der Innenseite des rechten Oberschenkels eine Hautbrücke unterminiert. der Testis unter die Brücke geschoben, durch feine, oberflächliche Nähte fixiert, der Hautlappen nach 14 Tagen beiderseits vom Oberschenkel abgeschnitten und mit dem an der Unterfläche haftenden Hoden in die normale Lage gebracht und daselbst mit der Tunica dartos sowie der übriggebliebenen Haut vernäht, der Funiculus jedoch mit Transplantationen nach Thiersch gedeckt. Um den größten Teil des Penisschaftes mit widerstandsfähiger Haut zu versehen, wurde in gleicher Weise in der Regio suprapubica eine der Länge des Penis entsprechend breite Hautbrücke unterminiert, der Penis hindurchgezogen und durch Nähte fixiert. Auch diese nach 14 Tagen von der Umgebung getrennte Haut heilte glatt an, nur mußte später eine Exzision des subkutanen Fettes von den Seiten her vorgenommen werden, da dieser Hautlappen zu unförmlich und wulstig war. Die übrigen Defekte wurden nach Thiersch gedeckt. Der Mann ist jetzt vollkommen geheilt, die Errektion erfolgt ohne Beschwerden; der Coitus hat jedoch noch nicht wieder vollzogen werden können, da die Immissio penis wegen des an der Rückfläche des Schaftes befindlichen festen Hautwulstes bislang nicht gelang. Diesem Übelstande soll später durch nochmalige Exzision des subcutanen Fettpolsters abgeholfen werden. (Mediz. Gesellsch. in Göttingen.)

IV. Literatur.

Der menschliche Körper in Sage, Brauch und Sprichwort. Von Prof. Karl Knoriz. Würzburg. Verlag von Curt Kabitsch. 1909.

Verfasser hat die auf den menschlichen Körper bezüglichen Sagen, Bräuche und Sprichwörter der verschiedensten Länder und Völker von der ältesten bis auf unsere Zeit nach den einzelnen Körperteilen zusammengestellt und liefert einerseits einen interessanten Beitrag zur allgemeinen Kulturgeschichte, anderseits eine wertvolle Quellensammlung zum Studium der Volksmedizin.

Die sexuelle Not. Von Dr. Fritz Wittels. Wien und Leipzig 1909. C. W. Stern.

Sexualleben ist immer noch ein Wort, daß nur im Flüstertone ausgesprochen werden darf; wendet sich aber einmal ein Berufener mit der sexuellen Frage an die Öffentlichkeit, dann tuen sich einige ergraute Männer und ein paar alte Jungfrauen zusammen und hetzen die Polizei auf den Mutigen: Siehe Forels Tournée durch Deutschland.

Es ist geradezu lächerlich, daß die Haupttriebfeder alles menschlichen Handelns in einen Schleier des Geheimnissvollen gehüllt und wie im pornografischen Museum in Neapel mit dem Taferl: „Zutritt nur Herren gestattet“, versehen wird, als ob nicht Groß und Klein, Frauen und Männer an der Sache in gleichem Maße beteiligt wären. Die Natur kennt und will keine Bevormundung und rächt sich an Allen, die sich ihr in den Weg stellen.

„Die Menschen müssen ihre Sexualität ausleben, sonst verkrüppeln sie“, heißt es in dem Motto oben genannten Buches. Der Autor ist ein junger Wiener Arzt, ein Schüler Freuds, durch eine Reihe Novellen und durch seine Stellungnahme in der sexuellen Frage bereits bekannt. Das Buch, Prof. Freud gewidmet, enthält 6 Kapitel:

1. Das Verbot der Fruchtabtreibung, 2. die Lustseuche, 3. die Familie, 4. vom Kinde, 5. das Mannweib. 6. das Kindweib.

Der Inhalt soll nicht mitgeteilt werden: Das Buch verdient gelesen zu sein, auch wenn man mit manchem radikalen Standpunkten des Verfassers nicht einverstanden ist.

V. Notizen.

Ernannt: Der außerordentliche Professor Dr. Karl Kreibich zum ordentlichen Professor für Dermatologie und Syphilis an der deutschen Universität in Prag. — Dr. E. Bürgi zum ordentlichen Professor der Pharmakologie und Chemie in Bern.

Habilitiert: Dr. Eichelberg für Neurologie und Psychiatrie in Göttingen.

Übersiedlungen. Dr. Johann Alfred Tschuschner von Schönna nach St. Peter am Ottersbache in Steiermark, Dr. K. Mair von Imst nach Landeck, Dr. Hans Zando von Walchsee nach Ellmau, Dr. Franz Hanke von Ötz und Dr. Ludwig Fischer von Wolfurt, Bezirk Bregenz, nach Innsbruck, Dr. Julius Poda von Roverê della Luna unbekannt wohin. — Der Gemeindearzt in Zell a. Z., Dr. Hermann Lechleitner, hat seine Stelle niedergelegt.

Gestorben: Am 11. November ist in Wien der pensionierte städtische und Gerichtsarzt Dr. Bela Weiß im 70. Lebensjahre gestorben. Der vielbeschäftigte und beliebte Praktiker, der in den letzten Jahren durch Krankheit der beruflichen Tätigkeit entzogen war, entfaltete in den Siebziger- und Achtzigerjahren eine rege literarische Tätigkeit. Er war jahrelang Redakteur der »Wiener medizinischen Presse“ und später der „Internationalen klinischen Rundschau“. Seine in der „Wiener Klinik“ veröffentlichte Arbeit: Die Massage, ihre Geschichte, Verwendung und Wirkung, Wien 1879, ist ein wertvolles, für die Geschichte der Massage noch heute vielfach benütztes Quellenwerk. — Der ehemalige Professor der Medizin Dr. A. Ball in New York.

Tirol und Vorarlberg.

Ernennungen. Zu klinischen Assistenten Dr. Alfred Decastello Ritter von Achtwehr an der medizinischen und Dr. Albert Botteri an der Augenklinik des Allgemeinen Krankenhauses in Innsbruck, zu Sekundarärzten ebendaselbst Dr. Josef Baer und Dr. Viktor Zinser, ferner im Allgemeinen Krankenhause zu Meran Dr. Ludwig Burtscher. Zu Gemeindeärzten Dr. Max Meyer in St. Wallburg, Dr. Quirin Knabl in Mieming, Dr. Franz Eberl in Fieberbrunn, Dr. med. und chir. Jos. Wieser in Achenthal, Dr. Franz Wolf in Silz, Dr. Romano Obojes in Besenello, Dr. Josef Höllriegl in Pians, Dr. Josef Bungg in Tramin, Dr. Benedikt Klotz in Ötz, Bezirk Imst, Dr. Franz Largajolli in Casez, Dr. Rudolf Lenz in St. Michael, Gemeinde Eppan, Dr. Wilhelm Schennach in Tannheim, Bezirk Reutte, Dr. Andreas Vittur in Piccolein, Wundarzt Hermann Rainer in St. Johann i. Ahrn, Wundarzt Ignaz Totter in Elmen, Wundarzt Laurenz Hain in Söll.

Niederlassungen. Dr. Josef Eder in Brixen, Dr. Anton Sinz in Bregenz, Dr. Hermann Bickell als Zahnarzt in Kufstein, Dr. Wilhelm z. Guggenberg in Jenbach, Dr. O. Granzner als Hausarzt im Sanatorium Hocheppan, Dr. Martin Hauser und Dr. Maurus Depiera (letzterer als Spitalshospitant) in Innsbruck, Dr. Erich Gustav Oser als Hausarzt in Trafoi-Hotel, Dr. Andreas Wibner in Dietenheim.

Über einen Fall von Schnapsvergiftung bei einem dreijährigen Knaben berichtet S. Olschanetzki in der „Wratschebnaja Gazetta“ 1908, Nr. 11: Einige Stunden, nachdem der Knabe 1½ Glas Schnaps getrunken hatte, war er bewußtslos, schwer komatös, die Herztöne waren rein, Puls 150. Kampferinjektion, Ipekakuanha, eine Viertelstunde später Erbrechen einer Flüssigkeit mit scharf alkoholischem Geruche. Die Bewußtlosigkeit hält die ganze Nacht an, am nächsten Tage Temp. 39·7, schwere klonische Krämpfe, Puls schwächer. Kampfer mit Koffeïn, keine Urinentleerung seit der Vergiftung. Um 11 Uhr Verschlimmerung des Zustandes, Krämpfe, Facies hypocratica, Cyanose, Puls fadenförmig. Eine Infusion von 300 cm^3 physiologischer Kochsalzlösung, der bald darauf eine zweite von 200 cm^3 folgte, hatte überraschenden Erfolg. Es trat rasche Besserung ein, es wurde unter

heftigem Drange Urin entleert, der $2^0/_{00}$ Eiweiß enthielt. Wahrscheinlich war durch die vermehrte Flüssigkeitsmenge die Herztätigkeit gesteigert worden, die wieder Harnsekretion und damit Elimination des Giftes verursachte.

Von der „Bibliothek für Alle“ (R. Lechner & Sohn, Wien I) gelangt soeben Band II zur Ausgabe. Auch dieser Band zeichnet sich durch Reichhaltigkeit an Text und Illustrationen aus, und man kann daraus schließen, daß mit diesem Unternehmen eine illustrierte Unterhaltungsbibliothek geschaffen wurde, welche infolge ihrer Vielseitigkeit und modernen, geschmackvollen Ausstattung bei dem billigen Preise von 75 h pro Band so recht geeignet zu sein scheint, eine Hausbibliothek für jedermann zu werden. Die „Bibliothek für Alle“ sei bestens empfohlen. Prospekte und Probebände werden durch jede Buchhandlung oder Journalexpedition geliefert.

VI. Eingesendet.

Reichsverband österr. Ärzteorganisationen.
Dz. Wien, IV., Große Neugasse 1

Wien, am 25. November 1908.

An alle Organisationen!

Die Direktion der Ziegeleien inn Hennersdorf-Leopoldsdorf ist krampfhaft bemüht, die streng boykottierte Stelle in Leopoldsdorf mit einem Arzte zu besetzen, der charakterlos und standesunwürdig genug wäre, diese Stelle anzunehmen.

Die genannte Direktion hatte bereits einen pensionierten Militärarzt als Werksarzt angestellt, derselbe hatte bereits alle Anstalten zum Beziehen der boykottierten Stelle getroffen; doch gelang es den gemeinsamen Bemühungen der niederösterreichischen, der Wiener Organisation und der Leitung des Reichsverbandes österr. Ärzteorganisationen den Kollegen zu einer ehrenwörtlichen Erklärung zu bewegen, in welcher er den Antritt der ihm bereits verliehenen Stelle zu unterlassen sich verpflichtet. Nun wenden sich die Ziegelwerke an Spitäler in Wien und Prag und vielleicht auch anderswo, um um jeden Preis einen Werksarzt für die gesperrte Stelle in Leopoldsdorf zu erwerben.

Deshalb handelt es sich bei der Durchführung der Sperrung nicht allein um den Schutz eines Kollegen — ganz abgesehen davon, daß sich dieser Kollege große Verdienste um die Organisation der österreichischen Ärzte erworben hat, wir würden mit gleichem Eifer für jeden organisierten Arzt, dessen Existenz in gleicher Weise widerrechtlich gefährdet ist, eintreten — sondern es steht hier auch das Ansehen der Organisation auf dem Spiele. Die Sperrung der Stelle in Leopoldsdorf muß deshalb unter allen Umständen und um jeden Preis durchgesetzt werden.

Wir geben der sicheren Erwartung Ausdruck, daß sich kein Arzt finden werde, der standesvergessen genug wäre, Vorschub zu leisten, daß ein Arzt, der durch volle 18 Jahre seine Stelle klaglos versehen hat, nur einer Marotte der Unternehmer zuliebe auf das Pflaster geworfen werden soll. Kein anständiger Arzt wird sich dazu bereit erklären.

Die Sperrung der Stelle in Leopoldsdorf ist eine Kraftprobe für die ärztliche Organisation.

Sie muß und wird gelingen.

Mit kollegialem Grusse

Präsidium des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen:

Dr. Adolf Gruß.

VII. Offene Stellen.

Gemeindearztesstelle für die Sanitätsgemeindegruppe Groß-Inzersdorf, politischer Bezirk Gänserndorf. Die Sanitätsgemeindegruppe umfaßt die Gemeinden Groß-Inzersdorf, Loidesthal und Gaiselberg mit zusammen 2259 Einwohnern 32·45 *km²* Flächenraum. Gemeindebeiträge 750 K, Landessubvention 600 K. Die Gemeinde Groß-Inzersdorf stellt unentgeltlich eine Naturalwohnung bei.

Gemeindearztesstelle für die subventionierte Sanitätsgemeindegruppe St. Bernhard mit den Gemeinden Frauenhofen, Gr.-Burgstall, Poigen und dem Sitze des Arztes in St. Bernhard (Niederösterreich.) Fixe Bezüge von den beteiligten Gemeinden K 300, Wohnungsbeitrag seitens der Gemeinde St. Bernhard K 100, bisherige Landessubvention K 600. Der Arzt ist zur Führung einer Hausapotheke verpflichtet. Die mit dem Diplome, dem Tauf- (Geburts-) Scheine, dem Nachweise der österreichischen Staatsbürgerschaft, dem Sittenzeugnisse, einem k. k staatsärztlichen Gesundheits- bezw. Tauglichkeitszeugnisse, sowie mit den Nachweisen über die bisherige ärztliche Tätigkeit ordnungsmäßig belegten Gesuche sind bis längstens 31. Dezember d. J. an die Gemeindevorstehung St. Bernhard oder an die k. k. Bezirkshauptmannschaft Horn zu richten.

Einbanddecken.

Für den Jahrgang 1907 sind, wie im Vorjahre, **Einbanddecken** in Ganzleinen mit Golddruck bereits vorrätig und kosten für unsere Abonnenten ab hier: **K 2.40 = Mk. 2.—**; nach auswärts erfolgt Frankozusendung gegen Einsendung von **K 3.12 = Mk. 3.—**.

Medizinischer Zeitungsverlag
Telephon 3511/IV. **Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.**

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

PYRENOL

Kräftiges Expektorans und Sedativum

Mildes Antifebrile und Antirheumaticum.

Dosierung:

1. Bei Erkrankungen der Respirationsorgane: Mehrere kleinere oder mittlere Dosen (4–6mal tägl. 0,5—0,75 g Pyrenol für Erwachsene, 0,1—0,4 g für Kinder.)

a) **Pertussis.**

Rp. Sol. Pyrenol 2,00—5,00/100,00.
Liq. Ammon. anis. 3,00 } oder Sir. Rub. Jd. 20,00.
Succ. Liquir. 5,00 }
S. Ein Kinderlöffel voll 3—6mal tägl. ○ ○ ○ Diese Dosis genügt, um eine deutliche sedative Wirkung zu erzielen.

b) **Pneumonie u. akute Bronchitis.** 6mal tägl. 0,5 g Pyrenol, am besten in Tablettenform, (1 Originalglas 20 Tabletten à 0,5 g = 1 Mk.), um gleichmäßig mild das Fieber etwas niedriger zu halten, um profuse Schweißausbrüche zu vermeiden und dauernd die Expektoration zu erleichtern. Kindern — speziell bei **Masern** ist Pyrenol von vortrefflicher Wirkung — entsprechend weniger (6mal tägl. 0,1—0,3 g). **Rezept wie oben 1 a.**

Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten für Ärzte und Studierende von Professor Norbert Ortner — Prof. Frühwald: Pag. 332. — Asthma bronchiale „Wo eine intensive Bronchitis asthmatika besteht, habe ich in mehreren Fällen auch das Pyrenol (3–4 gr. p. die) wirksam gefunden, das übrigens nach Angabe anderer auch den Anfall als solchen günstig beeinflußen soll“. Pag. 352. — bei Lungenemphysem. „Auch möchte ich zur versuchsweisen Anwendung des Pyrenol auf Grund eigener guter Erfahrungen zuraten.“ — (S. nachstehend.)

c) **Asthma bronchiale:** 6mal tägl. 0,5 g Pyrenol (ebenfalls am besten in Tabletten), sonst 4mal tägl. 0,5 g; im Anfall selbst stündlich 1 g bis 5 g p. die.

„Wiener klinische Rundschau,“ Nr. 48, 1906, Dr. Bass: „Die **Anwendung von Pyrenol** gestattete mir jedoch dem Patienten, der bei schlechtem Wetter an heftiger Dyspnoe erkrankte, trotz Fortdauer der ungünstigen Witterung eine bedeutende Erleichterung zu verschaffen. Die Expektoration war natürlich ebenso reichlich wie sonst, nur konnte Patient am dritten Tage des Pyrenolgebrauchs viel leichter aushusten und auf dem Sofa ausruhen, ohne daß ihn ein asthmatischer Anfall zum Verlassen der horizontalen Lage veranlasst hätte.

d) **Influenza,** die ihren Symptomen nach einen Übergang bildet von den Respirations- zu den rheumatischen sog. Erkältungskrankheiten — etwas höhere, aber auch häufige Dosen, 4mal tägl. 1 g Pyrenol, am besten in 2 Tabletten à 0,5 g, um eine deutlich schmerzlindernde Wirkung zu erzielen. Sobald Fieber und Schmerzen nachgelassen, genügen 4mal tägl. 0,5—0,75 g.

2. Bei akuten Infektionskrankheiten (besonders Masern, Typhus, wobei der expektorierende Faktor des Pyrenols zur besten Wirkung kommt) als Antifebrile in zahlreichen kleinen Dosen: (S. 1b.) — 6mal tägl. 0,1—0,3 g für Kinder, 0,3—0,75 g für Erwachsene.

„Deutsche Med. Presse“ Nr. 19, Berlin 1907. Dr. Schütte: Fall 7: Der Weber August K. in H., 54 J. alt, litt an Lungenphthise und tuberkulösen Geschwüren im Kehlkopfe, wodurch ihm viel Schmerzen, Hustenqual und Athmungsbeschwerden verursacht wurden. Innerlich reichte ich „Pyrenol“ in Tablettenform 4mal täglich 2 Stück, welche ich aber, da sie nicht verschluckt werden konnten, zerrieben und in eine halbe Tasse Milch eingerührt geben liess. Auch hier machten sich neben der mild expektorierenden Wirkung des Präparates besonders die sedativen Eigenschaften desselben hervorragend bemerkbar. Der Kranke hatte weniger Schmerzen im Halse, konnte besser schlucken und wurde von Husten und Atembeschwerden weniger gequält.

Ausgezeichnete Erfolge beim **Fieber der Phthisiker.** Dosierung: 2-3-4-5mal täglich 0,5 g Pyrenol.

PYRENOL kann in der vollen therapeutisch. Dosis Herzkranken wochenlang ohne Bedenken ordiniert werden.

PYRENOL greift niemals Herz, Darm oder Nieren an.

Die Mannigfaltigkeit in der therapeutischen Wirkungsweise und Verwendbarkeit des Pyrenol ist bekannt; sie ergibt sich aus der chemischen Zusammensetzung.

Rezeptformeln:

Rp. ***1 Originalglas, 20 Pyrenoltabletten à 0,5 gr. = 1 Mk.***

Rp. für Erwachsene: Pyrenol 8-10,00
Liq. ammon. anis 5,00 } oder Syr. Rup.
Succ. Liquir. 10,00 } Jd, 20,00
Aq. dest. ad 200,00
Vor dem Gebrauch zu schütteln.
S. 2—3stündl. 1 Esslöffel.

Rep. für Kinder: Pyrenol 2—3—4,00
Liq. ammon. annis. 3,00 } oder Syr. Rub.
Succ. Liquir. 6,00 } Jd. 20,00
Aq. ad 100,00
Vor dem Gebrauch zu schütteln.
S. 2—3stündl. 1/2—1 Kinderlöffel je nach dem Alter.

Die hier gegebenen Verordnungen werden gern genommen; *sie machen auch den geschmacksempfindlichsten Patienten das Einnehmen von Pyrenol angenehm. (S. auch Bronchisan.)*

Für Kassen: (Pyrenol ist von allen Kassen zugelassen.) ***20 Tabletten à 0,5 gr. Pyrenol (Originalglas) = 1 Mk.***
Dosierung für Erwachsene: 0,5—1,5 pro dosi; 2—3—6 pro die } in ***kalten*** *Vehikeln.*
„ „ Kinder: 0,1—0,5 „ „ 0,5—1,5—2 „ „ }

Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.
Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 50. Wien, 12. Dezember 1908. Nr. 50.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Hofrat Professor Schnabel †.

Am 4. d. M. starb plötzlich Professor Schnabel auf dem Wege zu seiner KliniK, knapp bei ihrer Eingangstüre. Unsere Erschütterung infolge dieses düsteren Ereignisses ist zu groß, als daß wir unter dem frischen Eindrucke der Trauerbotschaft die Sammlung hätten, eine ohjektive Würdigung der Persönlichkeit des Verstorbenen niederzuschreiben. Eine solche folgt in der nächsten Nummer unseres Blattes. S. K. (B.)

(Aus dem diagnostisch-therapeutischen Institute für Herzkranke in Wien.)

Die Therapie der subjektiven Symptome der Herzkranken.

Von Privatdozent **Dr. Max Herz**, Wien.

(Schluß.)

Unter den Medikamenten, welche peinliche Sensationen zu beseitigen bestimmt sind, nimmt hier wie in der übrigen Medizin die erste Stelle des Morphium ein. Es ist im Interesse der Kranken sehr zu beklagen, daß sich ziemlich allgemein die Überzeugung festgesetzt hat, als bestände bei bedrohlichen Zufällen von Seiten des Herzens in der Verwendung dieses segensreichen Mittels eine Gefahr.

Die Verwendung des Morphiums bei Herzkranken ist dann eine Pflicht, wenn, wie dies leider so häufig geschieht, die meist anfallsweise auftretenden Beschwerden sich bis zur Unerträglichkeit steigern oder wenn dieselben durch ihre häufige Wiederkehr das Allgemeinbefinden ungünstig zu beeinflußen drohen. So geben wir das Morphium nicht etwa nur in aussichtslosen Fällen, z. B. bei den durch ein Aneurysma erzeugten Schmerzen, sondern bei jedem Anfalle von Angina pectoris oder Asthma cardiale, sowie unter allen Umständen, wenn bei Arteriosklerose oder Herzmuskelinsuffizienz der Schlaf durch Schmerzen in der Brust oder Atemnot gestört wird. Unter solchen Verhältnissen macht man immer die Erfahrung, daß die Kräftigung des Gesamtorganismus während der auf diese Art künstlich geschaffenen äusserst wohltuenden Ruhepause weitaus alle theoretisch vorausgesetzten Schädigungen des Herzens überwiegt. Von den letzteren habe ich mich übrigens niemals überzeugen können, vielmehr den Eindruck empfangen, als ob das Morphium eher einen fördernden Einfluß auf die Herzkontraktionen ausübe (Rosenbach). Ich habe das Morphium sogar bei plötzlich eintretendem Lungenödem mit günstigstem Erfolge verwendet. Darum kann ich mich nicht entschließen, der vielfach, auch von Romberg empfohlenen Substitution des Morphiums durch Dionin das Wort zu reden. Einen Herzkranken, der unter solchen Verhältnissen zum Morphinisten geworden wäre, habe ich bis heute noch nicht gesehen.

Nur bei einer Kategorie von Herzleiden versagt das Morphium sehr oft gänzlich, u. zw. bei den Herzneurosen, besonders bei denjenigen, welche eine nahe Verwandtschaft zur Hysterie zu haben scheinen.

Gehen wir nun zu denjenigen subjektiven Symptomen über, welche in den meisten Fällen den Hauptinhalt der Klagen des Patienten bilden. In erster Reihe stehen hier die schmerzhaften Sensationen am Herzen, bezw. in seiner Nachbarschaft. Die quälendste Kategorie derselben stellen die in der oberen Herzregion lokalisierten Druck-, Spannungs- und Schmerzempfindungen dar, welche durch die Sklerose der Aorta und der Koronararterien erzeugt werden und nach verschiedenen Richtungen, besonders nach der linken Schulter und dem linken Arm, seltener dem rechten Arm und dem Rücken auszustrahlen pflegen. Mit Erfolg verwendet man gegen dieselben eine Reihe von Medikamenten, wie die Koffein- und Theobromin-Präparate, die Nitrite und auch den Kampfer. Ich verwende in erster Linie in solchen Fällen das Diuretin (3mal täglich 0·5 g), dessen Wirkung zumeist sehr bald von dem Patienten konstatiert werden kann. Auch Einreibungen mit dem kampferhältigen Prävalidin haben sich mir recht gut bewährt. Als das harmloseste und zugleich wirksamste Mittel möchte ich aber die Applikation von Wärme auf die obere Sternalgegend bezeichnen. Die bequemste Form stellt der Thermophor dar. Mit Vorteil läßt sich auch der Leiter'sche Apparat verwenden: ich verordne den letzteren gewöhnlich mit einer Temperatur von 45° C. und gebe die Anweisung, die Temperatur allmählig bis zu einer Höhe zu steigern,

die eben noch erträglich ist. Für die Dauer der Anwendung dient das Gefühl des Kranken als Maßstab. Eine Applikation von 5 Minuten dürfte zumeist, wenigstens im Beginn genügen. Verträgt der Kranke länger dauernde Applikation, dann darf die Prozedur bis zu 10 Minuten ausgedehnt und bis 3 mal täglich wiederholt werden. Weniger sicher ist die Wirkung von rein hautreizenden Mitteln z. B. von Senfpapier, Alkoholumschlägen u. dgl.

Sehr intensiv stechende oder brennende, ebenfalls gerne ausstrahlende Schmerzen treten häufig an Stellen der Brustwand auf, welche ein verlagertes Herz abnormer Weise berührt und bei jeder Systole erschüttert. Diese Schmerzen verdienen große Beachtung, weil ihre Behandlung mit der kausalen Therapie zusammenfällt, so z. B. mit der Beseitigung eines Meteorismus, welcher das Herz in eine linke Querlage drängt. Vielfach verkannt werden die Verlagerungen und darum auch die Therapie, welche durch Deformationen des Thorax und schlechte Körperhaltung verursacht werden *). Die Schmerzen, welche unter solchen Verhältnissen an den abnormen Anlagerungsstellen des Herzens auftreten, sind kausal nur durch mechanotherapeutische Maßnahmen zu behandeln, unter denen die wichtigste Rolle die Erzeugung einer strammeren Körperhaltung spielt.

Sehr lästig sind ferner die eigentümlichen Sensationen, welche bei der Neurasthenie des Herzens auftreten, sei es daß sie sich als ein Fremdkörpergefühl in der Herzgegend, als ein Druck, ein Zittern, Tropfenfallen u. dgl. geltend machen. Vielfach wird unter solchen Verhältnissen Brom verordnet; ich ziehe die Valerianapräparate, besonders das Validol vor. Sehr wirksam sind ableitende Verfahren, z. B. spirituöse Einreibungen und das Auflegen einer Franzbranntweinkompresse u. dgl. Auch massierende Manipulationen, besonders leichte manuell oder maschinell ausgeführte Vibrationen der Herzgegend haben sich mir oft gut bewährt. Eine besondere Stellung nimmt der meist stechende Herzschmerz ein, den ich als Phrenodynie bezeichnet habe **). Dieser Schmerz, den der Patient links und unterhalb der linken Mamille empfindet, beruht nach meiner Ansicht auf einer Hypertonisierung des Zwerchfelles; er entsteht auf der Basis eines gereizten aber nicht vollständig befriedigten Geschlechtstriebes. Auch hier nimmt die Behandlung der Ursachen die erste Stelle ein. Symptomatisch lindernd wirkt die Gymnastizierung des Zwerchfelles durch Atemübungen oder jene Bewegungen, welche man unter dem Terminus der Atmungsgymnastik zusammenfaßt. Auch hier sind ableitende Verfahren und die Valerianapräparate indiziert.

Vielfach bildet das Gefühl des Herzklopfens die quälendsten Beschwerden eines Herzkranken. Wie bekannt, ist dieses Symptom nicht immer der Ausdruck einer nachweisbaren stärker erregten Herztätigkeit. Deutet eine Veränderung des Charakters des ersten Tones auf eine solche hin, dann trachtet man zweckmässig das Herz durch die Applikation einer milden Kälte zu beruhigen. Die Eisblase und dgl., welche dabei gerne verwendet werden, werden zumeist von dem Patienten unangenehm empfunden und erreichen den Endzweck nicht. Sehr oft entstehen durch intensive Kälte erst recht starke Schmerzen in der Herzgegend. Ich lasse stets zimmerwarmes Wasser verwenden entweder in oft gewechselten Kompressen, in der Herzflasche oder im Leiter'schen Apparat, gewöhnlich täglich eine Stunde. Wenn zugleich starke Erschütterungen der Brustwand vorhanden sind und ein Druck gegen die Herzgegend auf den Patienten erleichternd wirkt, kann auch eine Herzstütze gute Dienste leisten. Von den inneren Mitteln erweisen sich hier nicht selten die Chinapräparate als sehr wohltätig.

Die ganze Reihe der subjektiven Symptome und ihre spezielle Behandlung zu erschöpfen ist hier unmöglich; es

*) Siehe Medizin. Klinik, 1908, Nr. 21, ferner Zeitschrift für physikalische und diätetische Therapie, Bd. XII., 1908/9.

**) Wiener klinische Wochenschrift 1908 und „Die sexuelle psychogene Herzneurose“. Wien, Braumüller, 1909.

Feuilleton.

Die klinische Beurteilung des Schmerzes.

Von **Alfons v. Rosthorn.**

(Fortsetzung und Schluß.)

Bei der Prüfung auf lokale Schmerzhaftigkeit hüte man sich vor Täuschungen. Druck auf die hypogastrische Gegend, der bei der gynäkologischen Untersuchung regelmäßig ausgeübt wird, kann Schmerz hervorrufen, der sehr verschiedenen Ursprunges ist. Es kann bei tiefem Drucke in die Beckenhöhle von oben die gleiche Empfindung zustande kommen wie bei Berührung des puerperal infizierten Uterus oder bei mehr seitlich ausgeübtem Drucke der Schmerz infolge Kompression entzündlich veränderter Adnexe ausgelöst werden. Manchmal jedoch entdeckt man, daß die Empfindlichkeit auf die Bauchdecken selbst beschränkt ist, das Aufheben einer Hautfalte oder ein oberflächliches Kneifen ruft ausgesprochen schmerzhafte Sensation hervor. Hier hat man es daher mit einer hyperalgetischen Zone, also einer Reflexhyperalgesie im Sinne Heads zu tun. Besteht nur Berührungshyperästhesie, so liegt unter Umständen ein hysterisches Stigma im Sinne Lomers vor, eine Teilerscheinung der Hysterie.

Bei der vaginalen Untersuchung ist man ähnlichen Täuschungen ausgesetzt. Hier kommt die schon früher erwähnte Schmerzhaftigkeit in Betracht, welche stark gespannte und starr infiltrierte, entzündlich veränderte Ligamenta sacrouterina zeigen, ferner jene bei Berührung von Adhäsionsträngen im Douglasschen Raume oder in der Umgebung der Adnexe, welche hier als Residuen abgelaufener Pelveoperitonitis sich finden. Auch die Berührung der Portio kann dann schmerzhaft empfunden werden, wenn die der Gebärmutter erteilte Bewegung zu Zerrung an Neomembranen geführt hat. Frische parametrane Exsudate sind bei kombinierter Untersuchung verhältnismäßig wenig schmerzhaft; ältere zeigen oft gar keine Druckempfindlichkeit. Ausgesprochen ist die Druckschmerzhaftigkeit entzündlich veränderter Gebärmutteranhänge. Endlich muß auch der Schmerzhaftigkeit parazervikaler Narben und Schwielen hier gedacht werden. Alle diese hier durch die vaginale Untersuchung festgestellten Schmerzqualitäten dürfen nicht mit den echten viszeralen Hyperästhesien verwechselt werden, welche sich bei Hysterischen auch im Bereiche des inneren Genitales etablieren können.

So leicht sich in einzelnen der angeführten Beispiele die Diagnose durchführen läßt, so schwierig kann sie zuweilen sich gestalten. Dies wird besonders dann der Fall sein, wenn tatsächlich gleichzeitig gewisse pathologische Veränderungen vorliegen, denen Schmerzhaftigkeit überhaupt zugesprochen werden kann.

Wie vielfach in der praktischen Medizin bleibt schließlich oft nichts anderes übrig, als die Entscheidung in suspenso zu lassen und von dem Erfolge verschiedener Behandlungsmethoden abhängig zu machen. Aber selbst da verlieren wir den sicheren Boden klarer Erkenntnis, weil das suggestive Moment auch in Rücksicht gezogen werden muß. Bleibt ein Schmerz trotz länger andauernder Ruhe fortbestehen, erweisen sich narkotische Mittel als vollkommen effektlos, ist eine vorsichtig vorgenommene, nicht irritierende Lokaltherapie ohne allen Erfolg, dann wird man meist nicht fehlgehen, denselben als einen psychogenen anzuerkennen. Sicher hat man es mit einem solchen zu tun, wenn er rasch einer suggestiven Behandlung weicht.

Als klassisches Beispiel für den rein ideellen Schmerz, der von der Psyche nach der Peripherie des Organismus projiziert wird, können jene Fälle gelten, bei welchen trotz erfolgter operativer Entfernung der vermutungsweise den Aus-



war blos meine Absicht, das Vorgehen zu skizzieren, das sich mir den wichtigsten derselben gegenüber sehr oft bewährt hat. Durch die eingehendste Beachtung der subjektiven Symptome ist man stets in der Lage, sich den Kranken zu großem Dank zu verpflichten. In manchen aussichtslosen Fällen können wir auf diese Art noch sehr viel Gutes stiften. Mit Recht beurteilt der Kranke die Größe unseres Interesses nach der Sorgfalt, mit der wir gerade seine subjektiven Beschwerden behandeln.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

Die Ärzte und die Sozialversicherung. — Die Ärztestellen im Jubiläumsspital. — Jubiläumsspital der Wiener Kaufmannschaft.

Zur Beratung wichtiger Standesfragen, insbesondere über die Regierungsvorlage betreffend die Sozialversicherung, wurde vom Reichsverband österreichischer Ärzteorganisationen ein auf zwei Tage anberaumter Verbandstag nach Wien einberufen, der im Sitzungssaale der Wiener Ärztekammer stattfand. Zu dieser Beratung hatten sich Delegierte fast aller dem Reichsverbande angehörenden Ärzteorganisationen eingefunden. Nach Begrüßung des Kongresses durch den Präsidenten der Wiener Kammer, Professor Dr. Finger, hielt der Vorsitzende Dr. Gruß dem verstorbenen Präsidenten des Reichsverbandes Dr. Janeczek einen Nachruf. Bei der Neuwahl des Präsidiums wurde Dr. Gruß zum Präsidenten, Dr. Koralewsky (Ullmannsdorf) und Doktor Skorschebann (Wien) zu Vizepräsidenten gewählt. Über den ersten Punkt „Die Sozialversicherung“ erstattete Dr. Pick (Aussig) ein eingehendes Referat. Er bezeichnete die bezügliche Regierungsvorlage als einen entschiedenen Fortschritt gegenüber dem jetzigen Zustande. Der Vertragsabschluß zwischen Ärzten und Kassen werde aus dem einseitigen Machtverhältnis der Kassen gelöst, es werde die Möglichkeit der freien Ärztewahl zugestanden, es werden paritätische Schiedsgerichte und Einigungskommissionen prinzipiell gebilligt. Dies seien Errungenschaften, welche von der Ärzteschaft auf das lebhafteste begrüßt werden. Die Regierungsvorlage sei jedoch in vielen Fragen auf halbem Wege stehen geblieben, denn die Zugeständnisse lassen sich in vieler Beziehung nicht praktisch durchführen. Deshalb müsse die Ärzteschaft die ganze Kraft aufwenden, daß die von ihr der Regierung seinerzeit überreichten Forderungen vollinhaltlich erfüllt werden.

Die Stellen im städtischen Jubiläumsspital sind, wie folgt, dotiert: Ein ärztlicher Direktor mit dem Gehalt der 3. Rangsklasse, vier Primarärzte erster Klasse und ein Prosektor mit den Bezügen der 4. und drei Primarärzte zweiter Klasse mit den Bezügen der 5. Rangsklasse. Die Assistenzärzte und die Sekundarärzte erhalten das Gehalt der 6. Rangsklasse, die definitiven Sekundarärzte zweiter Klasse das Gehalt der 7. Rangsklasse, die provisorischen Sekundarärzte zweiter Klasse das Grundgehalt der 7. Rangsklasse und Naturalwohnung ohne Anspruch auf die mit dieser Rangsklasse verbundenen Rechte, die Aspiranten im ersten Dienstjahr ein Adjutum von 1200 Kronen, im zweiten ein solches von 1600 Kronen. Die mit der Leitung des Röntgen-Instituts und des Bades betrauten Sekundarärzte erster Klasse erhalten eine in die Pension nicht einrechenbare Personalzulage von jährlich 400 Kronen. Die für das Jubiläumsspital zu bestellenden Ärzte werden mit den Ärzten der städtischen Humanitätsanstalten einen gemeinsamen Status bilden. Sekundarärzte des neuen Gesamtstatus können im Wege der Zeitbeförderung blos die Bezüge der 5. Rangsklasse und die daran geknüpften Versorgungsgenüsse für sich und ihre Angehörigen erlangen, erhalten jedoch nicht den Titel Primararzt.

Von oppositioneller Seite wurde folgender Punkt des Status mit Recht beanständet, nämlich Punkt 2, der lautet: Auf die Ärzte finden die Bestimmungen der Dienstpragmatik Anwendung, doch können Aspiranten und provisorische Sekundarärzte ohne Disziplinarverfahren entlassen werden. Die Opposition protestierte dagegen, daß städtische Beamte ohne Disziplinarverfahren entlassen werden können, und führte aus, daß die bemerkenswerten Vorkommnisse im Stadtphysikat, die auch vom Bürgermeister nicht gebilligt wurden, daß ein Beamter zwanzig oder dreissig Vordermänner einfach überspringt, sie veran-

---

gangspunkt bildenden Eierstöcke die Schmerzen nach wie vor konsequent in die Eierstockgegend lokalisiert werden. Solche sind uns allen im Beginne unserer Tätigkeit wiederholt begegnet und zu warnenden Beispielen geworden.

Noch auf ein bekanntes Paradigma lassen Sie mich kurz eingehen. Eine unser Interesse besonders in Anspruch nehmende, für die Frau spezifische Schmerzart ist die Dysmenorrhoe. Man versteht darunter bekanntlich jene oft quälenden, im kleinen Becken lokalisierten Schmerzen krampfartigen Charakters, welche eine große Neigung zur Irradiation zeigen und von einer ganzen Reihe funktioneller Störungen begleitet zu sein pflegen. Die Dysmenorrhoe bietet ein nach Beginn, Dauer und Intensität sehr wechselvolles Bild. Am häufigsten begegnen wir derselben bei Mädchen und Jungfrauen, deren Genitalbefund nichts Abnormes wahrnehmen läßt. Über die Aetiologie dieses Schmerzes wurde viel geschrieben und viel diskutiert. Die Erfahrung, daß Atresie und Stenose regelmäßig mit dysmenorrhoischen Beschwerden verbunden sind, hat unter dem Einfluße des Werkes von Marion Sims über die Gebärmutterchirurgie zu der unsere Anschauungen so lange beherrschenden Lehre von der mechanischen Genese derselben geführt. Die oft gemachte Wahrnehmung, daß jene Beschwerden nach einer Erweiterungskur oder nach der ersten Geburt verschwinden, verliehen der Lehre die wesentlichste Grundlage. Weitere Beobachtungen, denen gemäß die Beseitigung einer bestehenden entzündlichen Veränderung auch die Dysmenorrhoe zum Verschwinden brachte, ließen die inflammatorische Dysmenorrhoe unterscheiden und so kategorisierte man weiter. Ratlos stand man jedoch der oben erwähnten Gruppe von Fällen gegenüber, in denen nichts Pathologisches zu finden war. Hier ließ erst die Erkenntnis der großen Beeinflußbarkeit der Funktion durch die Psyche Abhilfe finden. Mit dem zunehmenden Verständnisse der bei der Menstruation auftretenden Neigung zur Generalisation der Schmerzempfindung gewann die Vorstellung von der Abhängigkeit der dysmenorrhoischen Beschwerden von nervösen Momenten immer mehr an Boden. Sie kann durch die von uns allen beobachtete Heilung dieses Leidens infolge psychischer Beeinflussung, also durch Suggestion als sicher gefestigt angesehen werden. Von allen den vielen Hypothesen möchte ich mich der von Menge vertretenen am ehesten anschließen, da dieselbe das mechanische mit dem psychischen Auslösungsmomente am verständlichsten kombiniert. Danach wird angenommen, daß bei jedem Menstruationsprozesse durch das in das Cavum uteri ausgetretene Blut Kontraktionen der Gebärmutterwand ausgelöst werden, um den Widerstand zu überwinden, welcher sich am virginalen Organe u. zw. am Knickungswinkel dem Austritte des angesammelten Inhaltes gegenüber geltend macht, Diese Kontraktionen sollen von gesunden Individuen nicht empfunden, bei neuropathisch veranlagten Naturen jedoch, deren Widerstandskraft im Zentralnervensystem für sensible Impulse wesentlich herabgesetzt ist als äußerst schmerzhaft empfunden werden.

Es ist allgemein bekannt, welche Fülle seltsamer somatischer Empfindungen der Menstruationszeit ihre Entstehung verdankt und wie sehr durch diese den weiblichen Organismus in regelmäßigen Intervallen treffenden Prozeß auch das psychische Gleichgewicht gestört werden kann. Daß eine erhöhte Erregbarkeit zu dieser Zeit besteht, ist unbedingt anzuerkennen. Die Frau wird, wie Dubois sich ausdrückt, die Sklavin ihrer Autosuggestion; sie wird zu dieser Zeit psychoneurotisch. Eine solche aber, die schon während der Intervallszeit ausgesprochen nervös ist, wird dies unter dem Ein-



lassen, gegen diese Bestimmung Stellung zu nehmen. Sie stellte daher den Antrag: Post 2 möge einfach lauten: „Auf die Ärzte finden die Bestimmungen der Dienstpragmatik Anwendung.“

Bei der Abstimmung wurde der Antrag der Opposition natürlich abgelehnt und die Stadtratsanträge unverändert genehmigt.

In einer der letzten Plenarversammlungen der Gremialrepräsentanz der Wiener Kaufmannschaft erstattete Sekretär Dr. Weidinger einen umfassenden Bericht über den Fortschritt der Aktion betreffs der anläßlich des Kaiserjubiläums beschlossenen Erbauung des neuen großen Krankenhauses der Wiener Kaufmannschaft sowie eines Genesungsheimes außerhalb der Stadt. Aus diesem ging hervor, daß die auf die Aufnahme der spital-, beziehungsweise erholungsbedürftigen Mitglieder der Gremialkrankenkasse in die beiden Institute bezüglichen Vertragsverhandlungen mit dem Vorstande dieser Kasse und mit dem Gehilfenausschuß nun zum Abschluß gebracht sind, und daß die Bauarbeiten auf der Türkenschanze mit der zweiten Hälfte des September bereits begonnen haben, so daß, die Fortdauer günstiger Witterung vorausgesetzt, die Fertigstellung des Rohbaues im Laufe dieses Jahres zu erwarten steht. Die Versammlung nahm die detaillierten Ausführungen des Referenten genehmigend zur Kenntnis.

Dysphagie-Tabletten.

Ein Mittel zur Linderung von Schluckbeschwerden.

Von **Dr. med. A. Singer**, prakt. Arzt in Wien.

Eine ganze Reihe von Erkrankungen der Mundhöhle, der Zunge, des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes gehen mit Veränderungen der betreffenden Schleimhäute einher, welche den damit behafteten Patienten das Schlucken oft sehr erschweren, wenn nicht ganz unmöglich machen. Sei es, daß diese Behinderung durch bloße Schleimhautschwellung, sei es durch Schmerzhaftigkeit des Schlingaktes selbst verursacht sei, in allen Fällen ist dadurch der Nahrungsaufnahme ein Riegel vorgeschoben, welcher namentlich in chronisch verlaufenden Fällen für das Gesamtbefinden des Kranken, wenn schon nicht für sein Leben, von den nachteiligsten Folgen sein kann; ist doch bei gewissen Erkrankungen, wie Tuberkulose, Lues u. a., die Hebung des Ernährungszustandes von einschneidenster Bedeutung für den Erfolg der Therapie. Zwar sind zur momentanen Linderung von solchen Fällen schon seit langem Pinselungen des Rachens und Kehlkopfes mit Kokain, Menthol (Rosenberg, Treitel u. a.) im Gebrauch; allein diese Behandlungsmethode ist nur in Krankenhäusern möglich, verbietet sich dagegen in der Privatpraxis von selbst, da ja ein öfter am Tage wiederholter Besuch, behufs Einpinselung des Medikamentes, sowohl Arzt als auch Patienten ungebührlich belasten würde. In richtiger Würdigung dieses Umstandes gab vor einiger Zeit Avellis Pastillen zum Selbstgebrauch der Kranken an, welche, aus Kokain und Antipyrin bestehend, ein medizinisches Gemenge darstellten, welche wohl einigermaßen die Schmerzhaftigkeit beim Schlucken hinderten, dafür aber mit so bedeutenden Nachteilen behaftet waren, daß sie sich in der Praxis nicht durchzusetzen vermochten. Denn einerseits war das Antipyrin nicht imstande, das lästige Trockenheitsgefühl im Schlunde, welches sich nach Kokaingebrauch fast immer einzustellen pflegt, zu beheben oder zu verdecken, andererseits bildete das Antipyrin selbst für Personen, welche — wie es gar nicht so selten vorkommt — für dieses Mittel intolerant sind, eine nicht zu unterschätzende Gefahr. Tatsächlich wurden auch nach Gebrauch der Pastillen von Avellis in zwei Fällen medikamentöses Ekzem ziemlich bedeutenden Grades beobachtet. Es lag daher der Gedanke nahe, in der von Avellis angegebenen Anwendungsform das Antipyrin durch einen harmloseren und nichtsdestoweniger ebenso wirksamen Körper zu ersetzen, als welchen Treitler das seit langer Zeit zur Behandlung der Rachen- und Kehlkopfkrankheiten verwendete Menthol wählte. Die so entstandenen, aus Kokain 0·005 und Menthol 0·01 unter Zusatz eines Korrigens bestehenden Pastillen erhielten zur Kenntlichmachung ihres Zweckes den Namen Dysphagie-Tabletten. Es erscheint wieder in ihnen das alte Prinzip,

---

flusse der Menstruation in noch viel höherem Grade. So kann es auch zu wirklichen Menstruationspsychosen von ernster prognostischer Bedeutung kommen. Welch innige Beziehungen zwischen Psyche und den an den Sexualorganen sich abspielenden Vorgängen bestehen, ist überdies durch die Vorliebe des Einsetzens psychischer Störungen gerade im Beginne der Entwicklungsperiode und der beginnenden Menopause hinlänglich erwiesen.

Die höchst interessanten Beobachtungen über die Beeinflußbarkeit des dysmenorrhoischen Schmerzes, ja selbst des Wehenschmerzes durch Kokainisierung der Nasenschleimhaut hat den Entdecker derselben, Fließ, veranlaßt, eine eigene Lehre aufzubauen. Alles jedoch durch Fernwirkung von der Nasenschleimhaut aus erklären und durch medikamentöse Behandlung derselben heilen zu wollen, wie dies von Verfechtern dieser Lehre und noch jüngst durch Siegmund für unser Gebiet vertreten wurde, hat zu extremer Einseitigkeit geführt, welche ebenso lebhaften als begründeten Widerspruch hervorrufen mußte.

Selbst die Neurologen geben eine mechanische direkte Beeinflussung (Druck, Zerrung) der den Genitalien benachbarten und mit ihnen in Beziehung stehenden Nerven zu. So wird wenigstens jene Schmerzkategorie zu erklären sein, welche bei gewissen Geschwülsten (Verdrängung der Nachbarorgane und Störung ihrer Funktion, Zerrungen am Stiele von Neubildungen) und bei Entzündungsprodukten oder deren Resten (Adhäsionen im Bereiche des Bauchfellüberzuges, Narben und Schwielen im Bereiche des Beckenbindegewebes) zur Beobachtung kommen. Daneben gibt es aber eine große Summe von Klagen über Schmerzen, welche mit lokalen organischen Veränderungen gar nichts zu tun haben und als die wesentlichste Schwierigkeit, welche uns in unserer Arbeitsphäre entgegentritt, möchte ich jene bezeichnen, zu entscheiden, ob ein geklagter Schmerz als ein tatsächlich durch lokale pathologische Veränderung bedingter oder als ein vom Zentrum nach der Peripherie projizierter, als psychogener aufzufassen sei. Von dieser Entscheidung hängt die Wahl der Behandlungsart ab, ob lokale oder psychische Therapie einzusetzen habe. Bei falscher Deutung kann eine schablonenhaft fortgesetzte, lokale Behandlung schweren Schaden bringen.

*

Wollen wir für heute unsere Erörterungen abbrechen, so sehr manche in das Tiefe führende Betrachtung sich uns noch aufdrängt und so viele reizvolle Anregung noch zu gewinnen wäre. Wir trennen uns aber von diesem Problem nicht; dasselbe wird uns bei unserem gemeinsamen Fortschreiten beharrlich verfolgen.

Nun zum Schlusse einen Appell an Sie, meine Herren Studierenden! Gehen Sie liebevoll und geduldig auf alle Einzelheiten in den Klagen der sich Ihnen Anvertrauenden ein; beachten Sie auch unscheinbares Detail. Lassen sie sich nicht hinreißen, alles, wofür nicht gleich ein Substrat zu finden ist, mit dem Schlagworte „Einbildung“ abzutun. Auch der hysterische Schmerz hat Anspruch auf unser Mitgefühl und bietet oft wertvolle Handhaben für richtige Abhilfe: die Psychotherapie!

Vielgestaltig, dämonisch und alles beherrschend tritt uns der Schmerz entgegen! Und dennoch muß er als Freund der Leidenden gepriesen werden. Mit vollem Rechte hat ihn schon die Antike als den verläßlichsten Wachhund der Gesundheit bezeichnet. Da, wo er zu mahnen beginnt, kann Gefahr im Anzuge sein und Zerstörung drohen. Er zwingt den Bedrohten, Hilfe zu suchen und wird so zum treuesten Bundesgenossen des Arztes.

daß die Vereinigung kleiner Dosen gleichwirkender Medikamente einen stärkeren Effekt hervorruft, als größere Dosen der Komponenten für sich, mit Glück durchgeführt. Die kurzdauernde, durch Kokainwirkung hervorgerufene Anästhesie der für den Schlingakt in Betracht kommenden Partien des Rachens und des Anfangsteiles der Speiseröhre wird durch die Verdampfung des in den Tabletten vorhandenen Menthols erheblich verlängert, während zugleich das durch dieses hervorgerufene erfrischende Gefühl der Kühle teils die lokalen Schmerzen an den entzündeten Schleimhäuten lindert, teils aber auch wahrscheinlich eine direkte Heilwirkung auszuüben imstande ist. Die von Rosenberg, Chiari u. a. verwendeten Mentholeinpinselungen bei Larynxtuberkulose lassen dies zum wenigsten vermuten, wenn auch ein direkt auf diese zurückzuführender Heilerfolg nicht konstatiert werden konnte. Das unbestreitbare subjektive Wohlbefinden der so behandelten Patienten läßt aber jedenfalls das Menthol anderen zu gleichen Zwecken verwendeten Präparaten überlegen erscheinen, zumal es noch die angenehme Eigenschaft vollkommener Gefahrlosigkeit für sich hat. Handelt es sich aber um Schluckbeschwerden anderer Art, z. B. solcher, welche durch Verlegung der Schluck- und Atmungswege durch zähen, eingedickten Schleim hervorgerufen werden, wie es häufig bei der Scharlachangina, chronischen Bronchitiden alter Leute, chweren Pneumonien und selbst chronischer Rhinitis der Luetiker, sowohl jugendlichen als auch höheren Alters, vorkommt, so wird durch den sich entwickelnden Mentholdampf, der sowohl nach aufwärts in den Nasenrachenraum, als auch nach abwärts in den Keklkopf dringt, eine Lockerung der anhaftenden Schleimmassen und des nekrotischen Gewebes und damit der Auswurf dieser Hindernisse erleichtert. Eine fernere bekannte Eigenschaft des Menthols ist seine gefäßverengernde und desinfizierende Wirkung, wodurch es (daher auch die dasselbe enthaltenden Dysphagie-Tabletten) zur Behandlung infektiöser Halserkrankungen (Diphtherie) bezw. zur Erleichterung der mit diesen verbundenen subjektiven Beschwerden geeignet wird. Es dürfte hier dieselben Dienste leisten, wie die neuerdings so beliebten Insufflationen des Rachens mit Sozojodolnatrium, ein Mittel von unbestreitbarer Wirksamkeit, das aber durch seinen oft zum Erbrechen reizenden Geschmack häufig dem entschiedensten Widerstande von seiten der Kranken begegnet, während Dysphagie-Tabletten selbst von Kindern leicht und gerne genommen werden. Nur wird man bei ihrer Anwendung natürlich bei Individuen ganz jugendlichen Alters insoferne vorsichtig sein müssen, als die Gefahr einer Kokainintoxikation nahe liegt. Es dürfte sich daher empfehlen, Kindern nur ein Viertel bis eine halbe Tablette, zwei- bis dreimal täglich, zu verabreichen, wodurch irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen ganz ausgeschlossen sein dürften; ist doch der Gehalt einer ganzen Pille an Kokain (0·005) so gering, daß erst die zehnfache Menge die Maximaldosis für Einzelgaben (an Erwachsene) erreichen würde.

Ist nun aus dem bisher Gesagten die günstige Einwirkung der Dysphagietabletten auf die durch Erkrankungen des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes verursachten Beschwerden klar ersichtlich, so möchte ich einer Krankheitsform Erwähnung tun, in welcher sich mir die Tabletten in ganz besonders eklatanter Weise wirksam gezeigt haben. Es ist dies der akute Magenkatarrh. Seine, jedem Arzte bekannten Symptome sind in erster Reihe die spontane und auf Druck empfindliche Schmerzhaftigkeit des Abdomens, insbesondere in der Magengegend, dann aber das Erbrechen, welches zuweilen, rasch hintereinander erfolgend, durch die schmerzhafte Anstrengung des Brechaktes zu mehr oder minder schweren Erschöpfungszuständen des Patienten Anlaß geben kann. Im Allgemeinen werden therapeutisch gegen die Schmerzhaftigkeit der Magenkontraktionen heiße Umschläge und Opiate, gegen den Brechreiz Eispillen verwendet, womit man auch gewöhnlich auskommt.

Als seinerzeit Mentholverbindungen der Baldriansäure aufkamen, wurden die damit gerade in dieser Hinsicht erzielten Erfolge sehr gerühmt, während das Kokain in $^1/_2$%iger Lösung schon seit langem zur Bekämpfung des unstillbaren Erbrechens auf Grundlage der überempfindlichen Magenschleimhaut verwendet wurde. Bei meinen diesbezüglichen Versuchen bemerkte ich nun, daß solche Verbindungen des vielen Patienten widerlichen Valeriangeruches wegen ungern genommen wurden, in den Fällen aber, wo ich diesen Widerwillen überwinden konnte, mehr oder minder prompt ihre Schuldigkeit taten. Die Verabreichung des Kokains in Lösung ist aber wegen der immerhin hohen Konzentration, welche sich zur Erzielung eines befriedigenden Erfolges als notwendig erwies, nicht unbedenklich. Die Tatsache, daß die Kombination des Kokains mit Menthol es gestattete, seine Dosis erheblich herunterzusetzen und dabei doch eine ausreichende Anästhesie der Schleimhaut des Magens und damit die Stillung des Erbrechens zu erzielen, sowie den empfindlichen Kolikschmerz zu mildern oder ganz aufzuheben, bestimmte mich nun, diese Kombination in der handlichen Form der Dysphagietabletten zur Bekämpfung der Beschwerden des akuten Magenkatarrhs zu verwenden, wobei noch der Alkohol der früheren Mentholösung mit seiner unerwünschten Reizwirkung auf entzündete Schleimhäute eliminiert erschien. Um die Verdampfung des Menthols während der langsamen Auflösung der Pastillen im Munde zu verhüten und seine volle Wirkung auf die Schleimhäute des Magens zu erzielen, ließ ich dreimal täglich je eine Pastille zerdrücken und mit etwas Wasser vermengt, trinken. Der Erfolg blieb denn auch nicht aus. Folgende von mir beobachtete Krankengeschichte mag als Illustration der augenscheinlichen Wirkung dienen:

1. Frau F. F., 34 Jahre, erkrankte im August dieses Jahres nach einer Landpartie, auf der sie in einem kleinen Dorfgasthause eine Mahlzeit zu sich genommen hatte, unter heftigem Erbrechen anfänglich des Genossenen, später galligschleimiger Massen. Bei meinem Besuche finde ich Patientin in heftigen Kolikschmerzen und leichtem Fieber (38·1°), wobei sie sehr häufig kleine Mengen des obigen Gemisches erbricht. Die Inspektion des Abdomens ergibt leichte Auftreibung, die Palpation heftige Druckschmerzhaftigkeit des ganzen Abdomens, insbesondere der Magengegend. Diagnose: Akuter Magenkatarrh. Therapeutisch verordne ich zunächst 15 Tropfen Tct. opii spl. Eispillen. Thermophorumschläge und eine Irrigation, ohne damit einen nennenswerten Erfolg zu erzielen, da ich das Bild der Erkrankung bei der am Abende desselben Tages wiederholten Visite nicht erheblich verändert finde, bis auf die durch das kontinuierliche Erbrechen verursachte Prostration der Patientin. Vorsorglicherweise hatte ich Dysphagietabletten zu mir gesteckt und lasse Patientin nunmehr in der oben beschriebenen Weise eine nehmen. Der Erfolg war, wie schon erwähnt, eklatant. Zirka 5 Minuten nach der Einnahme verspürte Patientin eine ganz auffallende Abnahme der Kolikschmerzen und der Druckempfindlichkeit, während der Brechreiz vorläufig ganz aufgehört hatte. Am nächsten Tage wurde mir berichtet, daß sich zirka 2 Stunden nach meinem Weggehen am vorigen Abende wieder Üblichkeiten und leichte Koliken eingestellt hätten, welche jedoch durch eine zweite Pastille wieder gestillt worden seien. Im Laufe der Nacht hätten sich mehrere flüssige Stühle eingestellt, worauf Patientin sich sehr erleichtert gefühlt habe. Heute finde ich diese bei relativer, subjektiver Euphorie nur durch die am Tage vorher stattgehabten Ereignisse etwas geschwächt. Ich verordne Bettruhe, absolute Diät, Termophorumschläge und auch abermalige Irrigation. Am dritten Tage ist Patientin geheilt und fühlt sich ganz gesund.

Der Erfolg, den ich in diesem Falle von akutem Magenkatarrh mit den Dysphagietabletten erzielte, ermutigte mich sie auch fernerhin in ähnlichen Fällen zu versuchen, wobei ich den auch immer, wenn auch nicht ebenso in die Augen fallende, so doch Resultate erzielte, welche den durch andere Mittel erreichten immerhin überlegen waren. Es wäre im Interesse der Patienten und Ärzte gelegen, wenn sich die Kollegen mit der Nachprüfung meiner Erfahrungen befassen würden, ist ihnen doch in den Dysphagietabletten ein Mittel



in die Hand gegeben, welches neben seinen beinahe absolut sicher wirkenden analgetischen, desinfizierenden und antiemetischen Eigenschaften im Gegensatze zu den Opiaten und allen verwandten Präparaten den Vorzug vollkommener Gefahrlosigkeit besitzt.

Es sei mir nunmehr gestattet, einige kurze Krankengeschichten von Fällen, in denen ich die Tabletten zur Anwendung brachte, im Auszuge wiederzugeben. Ich führe hier nur einige derjenigen Fälle an, in denen die Nahrungsaufnahme durch Schmerzhaftigkeit des Schlingaktus durch längere Zeit verhindert war, also nur chronische, da ja die akuten nur subjektive Symptome der eingetretenen Euphorie, die also objektiv nicht kontrolliert werden konnte, boten.

Fall II. Herr A. F. Diagnose: Tbc. Laryngis mit Ulzeration der Stimmbänder und entzündlicher Schwellung der Aryknorpel und der Epiglottis; am Zungengrunde gleichfalls zwei seichte Ulzerationen. Patient kann seit 4 Wochen keine feste Nahrung zu sich nehmen, da der Schlingakt mit unerträglichen Schmerzen verbunden ist. Seit einer Woche ist auch das Schlucken von Flüssigkeiten sehr erschwert; Patient kann sich nur schwer entschließen hie und da etwas Milch zu sich zu nehmen, ist daher sehr heruntergekommen. Körpergewicht 45·35 kg. Therapeutische Tuschierung der Ulcerationen mit Milchsäure, Mentholspray, was ihm zeitweilig Erleichterung gewährt. Um die Nahrungsaufnahme reger zu gestalten, bekommt Patient dreimal täglich je eine Tablette und im Anschlusse daran eine größere Portion Milch abwechselnd mit Fleischpurree, Schleimsuppen, Eier usw. Pat. vermag etwa eine $^1/_2$ Stunde nach Auflösung der Pastille im Munde ohne erhebliche Schwierigkeiten zu schlucken. Eine Woche später hat Patient ein Körpergewicht von über 46 *kg*, hat also um zirka $^3/_4$ *kg* zugenommen. Inzwischen erhielt ich die Nachricht von seinem Ableben.

Fall III. E. K., Dienstmädchen, 24 Jahre, Tentamen suicidii mit Kalilauge. Es kam aber nur zu Verletzungen der Mundhöhle und des Rachens, durch welche Patientin starke Schmerzen leidet. Schluckbewegungen werden angeblich vermieden. Auf Dysphagietabletten erhebliche Erleichterung. Pat., die halb verdurstet ist, trinkt gierig Milch. Nach 8 Tagen sind die Verätzungen verheilt, ohne daß narbige Verengerung der Speisewege eingetreten wäre.

Fall IV. S. T., 42 Jahre, Oberaufseher in Pension. Diagnose: Carcinoma labii inferioris et laryngis mit Metastasen in den regionären Lympfdrüsen. Patient ist inoperabel. Schlucken ist durch die Geschwulstmassen des Kehlkopfes ungeheuer erschwert. Durch den ulzerösen Zerfall einzelner Partien derselben, unerträglicher Geruch aus dem Munde. Durch Dysphagietabletten wird eine ziemliche Desodorisierung und eine erhebliche Erleichterung, des Schluckens erreicht. Freilich konnte das Fortwuchern des Karzinoms nicht verhindert werden, dem Pat. seither auch erlegen ist.

Dysphagietabletten können nach den bisherigen Ausführungen natürlich nur in gewissem Sinne als direktes Heilmittel angesprochen werden, wie z. B. in dem oben mitgeteilten Falle vom akutem Magenkatarrh. Immerhin sind sie aber in allen Fällen, in denen es darauf ankommt, Schmerzen der Mundhöhle und Schlingbeschwerden zu lindern, teilweise zu desinfizieren und desodorisieren, ein bei rationeller Anwendung nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel, welches dem Arzte die Dankbarkeit des mit ihnen behandelten Patienten einzutragen imstande ist; sie gelangen in zwei Modifikationen in den Verkehr: *a*) mit Kokain, *b*) mit Anästhesin und Na tetraboric.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".
(Fortsetzung.)

Über Kinderschlaf sprach Prof. Aschaffenburg, Köln. Im allgemeinem kann man am gesunden Menschen zwei Schlaftypen unterscheiden. Der eine Typus schläft schnell und tief ein, der Schlaf verflacht dann bald wieder und der Schläfer wird früh morgens frisch und völlig arbeisfähig wach. Der Morgentypus dagegen zeigt seine höchste Schlaftype erst nach einigen Stunden, der Schlaf erreicht nicht die große Tiefe wie bei dem Abendtypus, bleibt aber länger tief. Diese Menschen sind besonders abends abends leistungsfähig, während sie morgens nach dem Wachwerdkn noch lange mit mangelnder Frische kämpfen haben. Die Anschauung, daß der Morgentypus auf eine nervöse Disposition hinweist, ist kaum richtig. Nach den Experimenten Czernis entspricht der Schlaf des Säuglings dem Typus des Abendschläfers. Die Experimente lassen wichtige Schlußfolgerungen auf die zweckmäßigste Art, die Schlafzimmer einzurichten, zu; die Fernhaltung äußerer Reize ist außerordentlich wichtig auch bei kleinen Kindern, bei diesen vor allem eine ausreichende Erwärmung. Aus den Versuchen sowohl wie aus praktischen Erfahrungen heraus läßt sich ferner folgern, daß ein Nachmittagsschlaf bei Kindern den Gesamtschlaf der Nacht nicht verkürzt und nicht schädigt und daß, wenn auch die absolute Schlaftiefe nicht ganz so groß ist wie ohne den Nachmittagsschlaf, dafür der Schlaf länger tief bleibt. — Bei Kindern gibt es mancherlei Schlafstörungen, wie nächtliches Auffahren, Bettnässen, Unrube, Aufschreien usw. oder zu spätes Einschlafen, häufiges Wachwerden usw. Als Ursachen dieser Erscheinungen kommen in Betracht Erziehungsfehler, schreckhafte Erlebnisse, körperliche Erkrankungen, Fieber, Schmerzen, Verdauungsstörungen, Hunger, Nässe, Lärm usw. — Der Schlaf kann geradezu als ein Gradmesser für den Gesundheitszustand der Kinder betrachtet werden. Je weniger ernste und tiefgreifende Störungen als Ursache der Schlafstörungen nachweisbar sind, je weiter sich die Art der Schlafstörung von dem normalen Schlaf entfernt, um so mehr Wert muß der inneren (nervösen) Veranlagung beigemessen werden. Von diesem Gesichtspunkt aus wird man zwar häufiger gezwungen sein, von nervösen Kindern zu sprechen, aber vielleicht gerade dadurch seltener von nervösen Erwachsenen.

Über Schwangerschaft und Tuberkulose sprach Dr. Emil Glas, Wien und Dr. B. Kraus, Wien. Die Schwangerschaft gefährdet tuberkulöse Personen in hohem Grade. Speziell die Kehlkopftuberkulose wird durch die Schwangerschaft außerordentlich verschlimmert. Von 70 solchen Fällen, die an der Klinik Chiari und auf den Tuberkulosezimmern des Allgemeinen Krankenhauses beobachtet worden sind, haben 90% zum Tode geführt. Mit Berücksichtigung des Umstandes, daß auch das Schicksal der Kinder, die solchen Müttern entstammen, ein sehr trauriges ist, ergeben sich folgende Schlußfolgerungen: Warnung vor Konzeption solcher Kranken. Genaue Kehlkopfuntersuchung bei tuberkulösen oder zu dieser Erkrankung disponierten Schwangeren. Bei Konstatierung eines Fortschreitens des tuberkulösen Kehlkopfprozesses sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft. Erst am Ende der Gravidität zur Beobachtung kommende Fälle sind aber nicht mehr vorzeitig zu entbinden, da die Prognose in diesen Fällen keine Änderung erfährt. Desgleichen machen am Ende der Schwangerschaft manifest werdende Prozesse von relativ gutartigem Charakter die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht notwendig. Bei an Kehlkopftuberkulose leidenden Graviden ist außer dem Lungenbefund und dem Allgemeinbefinden die genaue Konstatierung der Körpergewichtsverhältnisse von besonderer proanostischer Bedeutung. Besondere Schonung und Aufenthalt in Heilstätten ist für diese schwere Affektion bei Graviden von wesentlicher Bedeutung. In einzelnen Fällen kann die Tracheotomie den Prozeß zum Stillstand bringen.

Die Abteilungssitzungen des diesjährigen Naturforscher- und Ärztetages haben bis zum Ende eine rege Beteiligung aufzuweisen gehabt. So gab in der kombinierten Abteilungssitzung für Chirurgie und innere Medizin Prof. Brauer, Marburg, einen Überblick über die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der chirurgischen Behandlung der Lungenkrankheiten.



Prof. Brauer gab von seinem Standpunkte als Vertreter der inneren Medizin auf Grund eines großen Materials einen eingehenden Überblick über die prinzipiellen Grundlagen chirurgischen Vorgehens bei Lungenkrankheiten, über die Indikation zu den Eingriffen sowie über die zu erwartenden Heilerfolge. Die Lungenkrankheiten stellen danach in ihrer überwiegenden Mehrzahl Prozesse dar, die ausschließlich durch innere Mittel sowie durch physikalisch-diätetische Maßnahmen zu behandeln sind. Nur wo diese Mittel versagen, ist der chirurgische Eingriff berechtigt, und nur eine beschränkte Anzahl bestimmter Erkrankungen erfordern den chirurgischen Eingriff. Hier die richtige Auswahl zu treffen, wird wohl zunächst stets die Aufgabe der inneren Medizin bleiben. Bei der Betrachtung der häufig großen diagnostischen Schwierigkeiten demonstrierte Prof. Brauer eine veränderte Lungensektionsmethode. Die operativen Maßnahmen an den Lungen sind einzuteilen in Eingriffe, deren Zweck es ist, Eiter- und Jauchungshöhlen zu eröffnen und nach außen abzuleiten, und in Maßnahmen, die den Zweck verfolgen, ganze Lungenabschnitte zu entfernen und sonstige eingreifendere Operationen an der Lunge selbst vorzunehmen. Derartige Eingriffe bedürfen vielfach der Anwendung des Druckdifferenzverfahrens, wie es auf Grundlage Sauerbruchscher Ideen von Sauerbruch und Brauer ausgearbeitet ist. (Unterdruckverfahren Sauerbruch, Überdruckverfahren Brauer.) Neueren Datums sind Maßnahmen, die unter folgende Gruppen zusammenzufassen sind: Kleinere oder größere Operationen an der Brustwand, die den Zweck haben, die ausgedehnt und schwer erkrankte Lunge auf der einen Seite zum Zusammenfall zu bringen und ihr damit günstigere Heilaussichten zu schaffen. Dieses Ziel läßt sich erreichen durch Anwendung eines künstlichen Pneumothorax, wie sie von Brauer nach dem Vorgange von Forllanini häufig mit großem Nutzen praktisch ausgeführt ist. Ein kleinerer Schnitt, der ohne Narkose schmerzlos geführt werden kann, legt das Rippenfell frei.

Es wird eine abgemessene Menge Stickstoff zwischen die Rippenfellblätter gebracht, auf diese Weise unter exakter Dosierung der eingebrachten Stickstoffmenge die Lunge mehr oder weniger zusammengedrückt und durch Stickstoffnachfüllungen, die in größeren Intervallen vorzunehmen sind, in diesem Zustande erhalten. Dieser Eingriff kommt hauptsächlich in Frage bei einseitiger, auf andere Weise nicht heilbarer Lungentuberkulose. Voraussetzung des Eingriffes ist, daß die Lungen noch nicht mit der Brustwand verwachsen sind. Bei richtigem Vorgehen und noch nicht allzu angegriffenem Zustande des Patienten tritt zumeist Fieberfreiheit, Nachlaß des Auswurfes und Verschwinden der Bazillen ein. Aber selbst bei ganz Elenden hat sich mehrfach ein überraschend günstiger Erfolg erzielen lassen, ein Erfolg, der praktisch auf die Heilung hinauskommt.

Pathologisch-anatomische Erfahrungen haben mit Sicherheit erwiesen, daß unter der Wirkung des Lungenkollaps eine Reinigung der zusammengefallenen Lunge und eine bindegewebige Umkapselung der tuberkulösen Herde auftritt, somit ein Heilungsvorgang wie er erstrebt wird. Durch zahlreiche Präparate erläuterte Prof. Brauer diese Erfahrung. Dort, wo ausgedehnte Pleura-Verwachsungen ein Zusammenfallen der Lunge verhinderten, hat Brauer nach vorhergehenden Studien und Beobachtung entsprechender Patienten, gestützt auf die Erfahrungen und Vorschläge von Quinke, Karl Spengler und Turban, den Entschluß gefaßt, durch ganz ausgedehnte Entfernung zahlreicher Rippen die mit der Brustwand verwachsene Lunge zum Zusammenfallen zu bringen. Auf Grund dieser von ihm erweiterten Indikation ist dann die Operation von Friedrich in einer größeren Anzahl von Fällen zumeist mit Erfolg ausgeführt worden. Diese sogenannte extrapleurale Thorakoplastik kommt aber erst dort in Frage, wo der Lungenkollaps durch Pneumothorax nicht möglich ist. Denn der Eingriff ist ein stark entstellender, er ist gefährlicher und bringt außerdem die Lunge nicht so vollkommen zum Zusammenfallen, wie ein gut gelungener Pneumothorax, bedingt auch gewisse Atemstörungen, die der Patient allerdings, um sein Leben zu gewinnen, mit in den Kauf nehmen muß. Eine letzte Gruppe von Operationen greift an der Brustwand an mit der Absicht, durch kleinere Rippendurchtrennungen den gestörten Atemmechanismus bei bestimmten Lungenkrankheiten zu bessern. Hieher gehören zwei Operationen, die Freund empfohlen hat. (Durchtrennung des ersten Rippenknorpels zur Beeinflussung beginnender Lungentuberkulose, sowie Durchtrennung mehrerer Rippenknorpel zur Bekämpfung der starren Erweiterung des Brustkorbes bei Lungenblähung.)

Erstere Operation lehnt Brauer als überflüssig ab, die zweite Operation erscheint ernst begründet und hat gute Resultate gezeitigt, Neu ist dann die Empfehlung Brauers, auch bei Brustwandstarre durch Pleuraschwarten eine die Atmung wieder fördernde Rippendurchtrennung vorzunehmen. Zu dieser Empfehlung kommt Brauer auf Grund seiner Erfahrungen bei der sogenannten Kardiolysis, das heißt einer bei bestimmten Herzkrankheiten vorzunehmenden Operation. Den Schluß des Vortrages bildeten Mitteilungen über neue Ideen zum chirurgischen Vorgehen bei Lungenkrankheiten, Ideen, die aber noch im Stadium des Tierexperiments sich befinden und nach Ansicht des Vortragenden zunächst eines weiteren Studiums und auch einer Nachprüfung durch andere bedürfen. Der Vortragende betonte dann nochmals, daß operatives Vorgehen an den Lungen bei den mannigfachen Schwierigkeiten, die hier vorliegen, einer ganz besonders strengen Indikationsstellung bedarf. Nur unter dieser Voraussetzung lassen sich günstige Resultate erwarten.

Professor Friedrich, Marburg, behandelte das gleiche Thema. Geheimrat Professor Garre, Bonn, stellte eine Patientin vor, bei der er vier Rippen wegnahm, den kranken Lungenflügel bloßlegte, an die letzte Rippe befestigte und den entstandenen Hohlraum durch Mull ausfüllte. Das Befinden der Patientin hatte sich dadurch sehr verbessert.

(Fortsetzung folgt.)

III. Literaturauszüge.

Verwöhnung und Anpassung in der Geburtshilfe von Hugo Sellheim.

Die Anpassung an die Verhältnisse der Praxis sorgt mit rauher Hand für die notwendige Entwöhnung. Der Unterricht ist in der Lage, diese unausbleibliche Anpassung schon anzubahnen und damit die durch ihn heraufbeschworene Verwöhnung wieder gutzumachen.

Der Studiengang ist ein Fortschreiten von theoretischer Vorlesung und Anfängerkurs im Untersuchen und Operieren bis zur Betätigung bei Geburten und in der Klinik. Dieser Weg enthält an und für sich schon eine Verwöhnung und Anpassung, insofern, als sich an das Lernen die Anwendung des Gelernten schließt.

Oft sind die Studierenden selbst daran schuld, wenn der Lehrer über die Verwöhnung, welche bei der Vorbereitung am Platze war, nicht rechtzeitig hinauskommt, sie vielmehr bis in die Klinik fortsetzen muß. Die Missetäter sind Kandidaten, welche ohne genügende Vorbildung auf gut Glück Geburten beiwohnen und die Klinik besuchen. Dadurch wird der Professor genötigt, die Anfassungsgründe in einer Art, wie sie nur für den propädeutischen Kurs geschmackvoll ist, in der Klinik noch zu traktieren, statt — wie es sich gehörte — die kostbare Zeit für das Üben des Gelernten verwenden zu können.

Viele Praktikanten betreten zum ersten Male den Kreißsaal mit der falschen Ansicht, daß das Beobachten einer fehlerhaften Geburt für sie instruktiver ausfalle, als das Anschauen des normalen Herganges. Sie übersehen, daß nur der, welcher den regelmäßigen Gang der Natur in allen Einzelheiten kennt, das richtige Verständnis für die krankhafte Störung haben kann. Denn nur er wird die entgleiste Organisation wieder unter weitgehendster Benutzung ihrer eigenen Bestrebungen in die Bahn leiten können.

Es liegt im Wesen eines guten klinischen Unterrichtes, daß schießlich auch einer ohne Vorkenntnise folgen kann. Ein



Irrläufer wird sich daher nicht sofort beim ersten Besuch der Klinik bewußt, daß er ohne Vorstudien nicht den wahren Nutzen dieser Einrichtung erwarten darf. Ihn verführen im Gegenteil leicht die auf ältere und bewandertere Kameraden zugeschnittenen Auseinandersetzungen des Lehrers über schwierige Fälle: Er wird sich für viel weiter und belehrter halten, als es bei seinen lückenhaften Vorbereitungen in Wirklichkeit der Fall ist. In der Meinung, bereits alles zu wissen, vernachlässigt der auf diesem faschen Wege befindliche die für ihn zeitgemäßen Studien.

Das erste Mittel, die Anpassung vorzubereiten, ist daher, die Kandidaten auf die Einhaltung eines vernünftigen Studienplanes zu verweisen.

Insbesondere lasse man es nicht an Mahnungen fehlen, in welcher Weise sich Lücken im Studiengange in der Praxis rächen müssen. Oft fehlt eine gute Untersuchungstechnik. Die Rektaluntersuchung wird viel zu wenig geübt. Die Untersuchung ist nicht schonend genug und führt zu Verletzungen, welchen dann die Infektion auf dem Fuße folgt. Wo kein bestimmter Untersuchungsplan eingehalten wird, stolpert der Diagnostiker über jede frappante Erscheinung und übersieht andere wichtige Befunde. Viele fangen an zu operieren, ohne daß ihnen die Sachlage vollständig klar ist, weil sie nicht wissen, daß man eher einmal mit der ganzen Hand sogar in Narkose nachfühlen darf, als man so etwas riskiert.

Die Vollendung einer Zangenoperation scheitert häufig an der mangelhaften Vorstellung des Geburtshelfers von dem noch zu beschreitenden Wege. Wer im Beckeneingang schoßfugenwärts und im Ausgang steißbeinwärts zieht, sollte sich eigentlich nicht wundern, daß der Kopf nicht folgt. Mit welchen Mitteln selbst solche Widerstände überwunden werden, beweisen Blasenscheidenfisteln vorn und komplette Dammrisse und abgeknickte Steißbeine hinten. Durch Hebelbewegungen den Widerstand brechen wollen, heißt die Harnröhre ab- und den Damm durchreißen, alles in einem Zuge.

Der auf dem Gebiete der Blutungen Unerfahrene muß zu dem allerdings häufig zum Ziele führenden Universalmittel der Uterustamponade seine Zuflucht nehmen, ohne sich recht klar geworden zu sein, welcher Quelle die Blutung entspringt und mit welch einfacheren, ungefährlicheren und sichereren Mitteln man ihrer bei richtiger Würdigung hätte Herr werden können. Wer nicht weiß, daß man bei einer noch so geringfügig beginnenden Blutung aufs Äußerste gefaßt sein muß, und daß intra partum das sicherste Blutstillungsmittel das Entleeren des Uterus ist, wird vielleicht durch Einsetzen einer Hakenzange in die Portio vaginalis oder durch eine Muttermundinzision eine Frau an den Rand des Grabes bringen. Ob man mit schlecht desinfizierter Hand zupacken oder während der regulären Desinfektion zusehen soll, wie die Frau sich verblutet: aus diesem Dilemma wird der schlecht Unterrichtete unter Umständen mit einer Anklage des Staatsanwaltes hervorgehen, während dem gut Unterrichteten der sterile Gummihandschuh diese prekäre Situation erspart.

(Schluß folgt.)

IV. Sitzungsberichte.

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

(Fortsetzung.)

Werner Rosenthal spricht über die Verbreitung des Typhus in Göttingen durch Bazillenträger. Vortragender verweist auf die stetige Umwandlung der herrschenden Anschauung über die Uebertragung des Typhus abdominalis und auf die Entdeckung der durchaus gesunden Bazillendauerausscheider, die wir den nach dem Plane Rober Kochs eingerichteten Typhusbekämpfungsstationen des Reiches verdanken. Darauf berichtet er über eine solche in Göttingen aufgefundene Persönlichkeit einen Fall, der nicht nur lokale Bedeutung als Infektionsquelle hat, sondern auch ein interessantes Beispiel dafür bietet, wie die Virulenz der ausgeschiedenen Typhusbakterien jahrzehntelang erhalten bleibt. Vier im Herbst und Winter aufgetretene Typhusfälle veranlaßten im Februar d. J. die Untersuchung der Ausscheidungen aller 13 Bewohner eines Hauses und dabei wurden in den Faeces der Frau S. Typhusbakterien in großer Zahl gefunden und seither regelmäßig bei jeder neuen Untersuchung. Frau S. 42 Jahre alt und sehr rüstig, gibt an, seit langen Jahren nicht krank gewesen zu sein: im Jahre 1878 hat sie ein schweres Nervenfieber durchgemacht, zur selben Zeit auch ihr einziger Sohn eine ernste Darmkrankheit; 1878 herrschte in der Straße, in der sie damals wohnte, tatsächlich eine ausgebreitete Typhusepidemie Der Ehemann will nie an einer derartigen Erkrankung gelitten haben. Nachforschungen in den polizeilichen Meldelisten und in den Krankengeschichten der Medizinischen Klinik ergaben nun, daß in den letzten zehn Jahren 13 Typhusfälle sich ungezwungen auf den persönlichen Verkehr mit Frau S. zurückführen lassen. Es erkrankten nämlich in sechs von diesen Fällen jedesmal ein Schlafbursche, der von ihr Frühstück und Abendessen erhielt, außerdem im Laufe der zehn Jahre drei Kinder, die im Hause wohnten und mit denen sie sich beschäftigte, eine Nachbarin, die sie öfters besuchte, drei Personen in einem Nachbarhaus, die Gemüse von ihr holten. Nur in zwei von den zehn Jahren ließ sich kein derartiger Fall nachweisen; dabei herrschte nur in einem von diesen zehn Jahren eine ausgedehntere, und zwar eine Brunnenepidemie in Göttingen; in zwei anderen Jahren traten Gruppenerkrankungen auf, einmal in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt durch Kontaktinfektion, das andere Mal höchstwahrscheinlich durch Milchinfektion veranlaßt. In den übrigen vier Jahren kamen zwischen 6 und 19 Typhuserkrankungen in Göttingen zur Meldung; von ihnen und in zwei anderen Jahren nach Abzug der erwähnten Gruppenerkrankungen können also 5—20% der gemeldeten Typhusfälle auf persönlichen Verkehr mit Frau S. zurückgeführt werden. Weiter zurück lassen sich die Forschungen leider nicht ausdenen, da die älteren Krankheitsmeldelisten zurzeit nicht zu erhalten sind. Die wirkliche Bedeutung dieser Infektionsquelle für die regelmäßig in Göttingen vorkommenden Einzelfälle von Typhus abdominalis ist vermutlich größer, als sich auf dem angegebenen Wege nachweisen läßt: den das Ehepaar S. betreibt Gemüse- und Obstbau und verkauft seine Gartenprodukte vom Flur der Wohnung aus. Bis zur Erkennung als Bazillenträgerin verkaufte die Frau auch auf den drei Wochenmärkten. Den Typhusübertragungen, die etwa auf diesem Wege erfolgter, ist es natürlich unmöglich, nun nachträglich noch nachzuspüren. Bis vor wenigen Jahren wurden auch die Fäkalien des betreffenden Hauses zur Düngung des Gemüsegartens verwendet. Nun werden dieselben ordnungsgemäß in Kübeln abgefahren und es ist eine regelmäßige Desinfektion des Inhaltes angeordnet. Ganz unschädlich aber ist diese Infektionsquelle dadurch nicht gemacht, da der Typhusträgerin ihre Erwerbstätigkeit nicht untersagt werden kann. Vortragender berührt noch das Problem, warum nur ein Teil der in nahem Verkehr mit einer solchen Bazillenträgerin stehenden Personen an Typhus erkrankt. Er führt die von Konradi zusammengestellten Zahlen über das Alter der in Metz an Typhus gestorbenen und erkrankten Einheimischen und Zugewanderten an als Stütze für die Annahme, daß in lange Zeit durchseuchten Gebieten die Mehrzahl der Einwohner von Jugend auf aktiv typhusimmun sei. (Mediz. Gesellschaft in Göttingen.)

F. Schieck spricht über die Heilserumtherapie bei Conjunctivitis diphtherica. Vortragender bespricht auf Grund von 19 Fällen (= 22 Augen) von pseudomembranöser Conjunctivitis zunächst die Aetiologie der Erkrankung und kommt nach Würdigung der Membranbildungen als eines bloßen Symptoms der verschiedenartigsten Schädigungen zu dem Resultate, daß von 15 Augen virulente Diphetheriebazillen abgeimpft werden konnten, während zweimal Streptokokken, zweimal Diphtheriebazillen zusammen mit Streptokokken, zweimal Meningokokken festgestellt wurden. In einem weiteren Falle konnten von der Conjunctiva Diphtheriebacillen, von einem gleichzeitig bestehenden Ulcus corneae jedoch Streptokokken abgeimpft werden. Von den 15 Fällen akuter Diphtherie wurden 11 mit Behringschem Heilserum, und zwar



mit hohen Dosen, behandelt. Von diesen heilte der Prozeß an zehn Augen ab (achtmal mit klaren Hornhäuten, zweimal unter Hinterlassen von Maculae), während ein Bulbus der Exenteration anheimfiel. Dieser Fall war aber der oben schon erwähnte, bei welchen zwar echte Konjunktivaldiphtherie, daneben jedoch ein Streptokokkenulkus diagnostiziert worden war. Auch ist zu bedenken, daß das Auge bei dem Beginne der Behandlung bereits ein großes Ulcus corneae hatte. Schieck kommt daher zu dem Schlusse, daß analog den günstigen Resultaten an anderen Kliniken auch hier das Behringsche Heilserum die gestellten Erwartungen gerechtfertig hat. (Ebenda.)

Nachkontrolle mit Röntgenstrahlen behandelter Karzinome. Perthes demonstriert sieben Fälle von Kankroid des Gesichts mit Ulcus roden's (an Augenliedern, Nase und Wange), die nach Behandlung mit X-Strahlen mehr als zwei Jahre rezidivfrei sind. Im ganzen hat Perthes von 25 behandelten Fällen dieser Art 20 nachkontrolliert. Davon waren 17 rezedivfrei. Die drei Rezidive bestanden in kleineren Knötchen, die leicht zu beseitigen waren. Ferner wurden zwei durch Radiotherapie geheilte Lippenkarzinome vorgestellt, die jetzt drei Jahre rezidivfrei sind und Lippen von völlig normaler Form aufweisen. — Perthes verwendet bei Hautkarcinomen starke Bestrahlungen (12 H bis 16 H) unter sorgfältiger Abblendung der Umgebung in einer oder wenigen Sitzungen. Beim Lippenkarzinom hält er Radiotherapie des primären Karcinoms und Exstirpation der Lymphdrüsen für das Richtige. Bei den Kainkroiden des Gesichts zieht er nur da die Radiotherapie der für den Arzt sehr viel einfacheren Operation vor, wo die Erhaltung normaler Formen für den Patienten besonders wichtig erscheit (Nase, Augenlieder). Inoperable Fälle von Hautkarzinomen, die auf die Schädelknochen, das Innere der Orbita, das Naseninnere übergriffen, hat Perthes niemals durch Radiotherapie zur dauernden Heilung bringen können, ebensowenig Zungen- und Mundbodenkarzinome, inoperable Mammakarzinome und nach Operation rezidivierte Mammakarzinome. Doch wurde bei einem inoperablen, den Rippen adhärenten Mammakarzinom mit großen Drüsenmetastasen insofern ein merkwürdiger Erfolg erzielt, als jetzt, ein Jahr nach Beginn der Behandlung, Drüsenmetastasen nicht mehr nachweisbar sind, und nur ein fünfmarkstückgroßes Ulcus in der gegen die Rippen frei verschieblichen Mamma besteht. (Mediz. Gesellsch. z. Leipzig.)

V. Literatur.

Leitfaden für Desinfektoren. Von Prof. Dr. G. Sobernheim. Halle a. d. S. Verlag Carl Marhold, 1907.

In kurzen Worten — auf 12 Seiten — gibt der Autor den Bediensteten öffentlicher Sanitätsanstalten und solchen, die es werden wollen, eine populäre Darstellung des Begriffes Infektion, der Eigenschaften der Krankheitskeime, ihres Vorkommens, ihrer Verbreitung etc., damit dieselben ihre Aufgabe, die Desinfektion und deren technische Anwendung, mit entsprechendem Verständnis erfüllen können. Die Desinfektion selbst wird in breiterem Rahmen — 35 Seiten — abgehandelt, wobei tatsächlich alles wichtige aus diesem Kapitel berücksichtigt wird, allerdings zum Teile nur auf lokale Hallenser Bedürfnisse zugeschnitten. Das Büchlein eignet sich jedoch auch vorzüglich als Anleitung für die Umgebung eines häuslich verpflegten Infektionskranken während und nach der Erkrankung.

An die akademischen Bürger und Abiturienten höherer Lehranstalten. Zur Aufklärung in sexuellen Fragen. Im Auftrage der medizinischen Fakultät der Universität Budapest verfaßt von Prof. Dr. L. v. Liebermann. Halle a. S. Verlag Carl Marhold, 1908.

Ein ganz ausgezeichnetes Schriftchen, das uns in deutscher, vom Verfasser selbst besorgter Übersetzung vorliegt. Der Gedanke, den Lehrer der Hygiene von Fakultätswegen zur Abfassung solcher Schriften aufzufordern, dürfte wohl durch den großen Erfolg der Arbeit Grubers entstanden sein, sowie in Erkenntnis der immerhin nicht zu unterschätzende Resultat, die durch die Verteilung ähnlicher Flugblätter an den immatrikulierenden Studenten erzielt wurden. Die Aufgabe, eine derartige prophylaktische und gleichzeitig agitatorische Flugschrift zu schreiben, ohne unverständlich zu bleiben oder gar Verwirrung in die jungen Köpfe zu bringen, ist wahrlich eine schwere. Umsomehr muß man diese Arbeit rühmend hervorheben, die trotz der ernsten mahnenden Worte einen herzlichen Ton getroffen hat, der sich leichter einem jugendlichen Gemüte akkomodiert als hochnäsige Schulmeisterei und strenge drohende Mienen.

Referent hätte nur ein Wort zu beanständen, nämlich das Wort „Denktrieb“, wie der den Geschlechtstrieb regulierende Instinkt vom Verfasser bezeichnet wird. Hier wäre der Ausdruck „Hemmungen“ zweckmäßiger und richtiger gewesen. R. G.

VI. Aus der Praxis.

Die allgemein günstigen Erfolge, die bei Anwendung von Valofin in Fällen funktioneller Nervenstörungen aufgewiesen werden, bestätigen die Vorzüge des schnell und nachhaltig wirksamen Präparates gegenüber anderen, schwerer resorbierbaren Baldrianpräparaten. Auch in der Frauenpraxis hat Valofin vorzügliche Dienste geleistet und sicheren Erfolg gewährt bei Menstruationsbeschwerden, ferner bei den Beschwerden des Klimakteriums und der Schwangerschaft, bei Migräne, Herzklopfen und anderen schmerzhaften beziehungsweise Aufregungszuständen.

Ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung bei der acuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes. Von Oberstabsarzt Dr. Knauth,

Im Verlauf des letzten Jahres wurden in dem Garnisonslazareth Würzburg 29 gonorrhoische Erkrankungen mit Arhovin behandelt und zwar 11 akute, 11 subakute bezw. chronische Harnröhrentripper, schließlich 7 gonorrhoische Nebenhodenentzündungen. Es wurden 4—6 Kapseln zu 0·25 täglich verabreicht und die Patienten im akutesten, entzündlichen Stadium bei lokaler Eisbehandlung im Bett gehalten. Erst wenn der Ausfluß wässerig-schleimig geworden war, verliessen sie dasselbe, um gleichzeitig zur gewöbnlichen Kost ohne alkoholische Getränke überzugehen. Bei der chronischen Gonorrhoe erhielten die Patienten von Anfang an die gewöhnliche Lazarethkost und Arhovin in der gleichen Dosis. Die Resultate, besonders bezüglich der Arhovinwirkung, waren folgende:

Arhovin wurde in allen Fällen, auch bei Leuten mit etwas empfindlichen Magen gut vertragen, über Beschwerden seitens der Verdauungswerkzeuge wurden niemals geklagt. Hautexantheme oder Nierenreizungen machten sich niemals bemerklich. Das Arhovin erwies sich somit als absolut unschädlich. Im akutesten Stadium wurden die lästigen und mitunter äußerst qualvollen Beschwerden, wie z. B. der Harndrang, das Brenngefühl beim Harnlassen, die schmerzhaften Erektionen, außerordentlich günstig beeinflußt. Sie pflegten gewöhnlich schon in der ersten Nacht sich zu mildern und längstens am dritten Tage des Lazarethaufenthaltes endgültig zu verschwinden; rasches Abklingen nicht nur des akutesten, entzündlichen Stadiums, sondern auch Verkürzung des ferneren Heilverlaufs machten sich fast durchgehend bemerklich. Sämtliche akuten Tripper gingen in Heilung über, sie blieben auf den vordersten Teil der Harnröhre beschränkt, gaben somit niemals zu gonorrhoischen Nebenhoden- oder Blasenentzündungen Veranlassung und wurden bis jetzt in keinem Falle rückfällig. Von den 18 chronischen Fällen wurde nur einer einmal rückfällig, alle müssen als geheilt gelten.“ K. bezeichnet Arhovin als ein Heilmittel, das äußerst günstig auf die Entzündung der Schleimhaut der Harnröhre einwirkt.

Was den Kostenpunkt anbelangt, mit dem man in einem Krankenhause oder Lazareth immerhin rechnen muß, so kommt die Arhovinbehandlung allerdings etwas teuer. Diese pekuniäre Schattenseite wird jedoch durch den weit



größeren Vorteil wieder ausgeglichen, daß unter Arhovintherapie die Krankheitsdauer verkürzt und das Zustandekommen verhängnisvoller Komplikationen eingeschränkt bezw. vermieden wird. (Münchener Med, Wochenschrift 16. 1908.)

VII. Notizen.

An die Mitglieder des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs. Einladung zu der mit den außerordentlichen Mitgliedern gemeinsamen Versammlung des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs. Tagesoronung: I. Am 14. Dezember, 8 Uhr abends, zwanglose Zusammenkunft zur Begrüßung der Gäste im Riedhof, VIII. Bez., Wickenburggasse; II. Am 15. Dezember Sitzung im Saale der k. k. Gesellschaft der Ärzte, IX., Frankgasse Nr. 8, um $9^1/_2$ vormittags und um 3 Uhr nachmittags mit untenstehenden Vorträgen; III. Den Ehrenmitgliedern des Vereines gewidmeter geselliger Abend. Das Nähere über diesen wird rechtzeitig bekanntgegeben werden. Hofrat Prof. Dr. Winternitz, Präsident; Privatdozent Dr. L. Wick, Generalsekretär. — Vorträge: 1. Die Beziehungen der balneologischen Wissenschaft und ärztlichen Tätigkeit zur Prosperität der Kurorte. Vortragender: Privatdozent Dr. L. Wick (Wien—Gastein); 2. Über Bau und Betrieb von Badeanstalten in Kurorten. Referent: Herr Stadtbaudirektor Drobny (Karlsbad). Korrefent: Kais. Rat Dr. Arthur Löbel (Dorna-Watra); 3. Über die Verbesserung der Kommunikationsverhältnisse zu und in den österreichischen Kurorten. Referent: Privatdozent Dr. C. Ullmann (Wien); 4. Die Wichtigkeit einer verläßlichen Milchkontrolle für Kurorte und die Maßnahmen zur Erreichung einer solchen. Referent: Herr Tierarzt H. Messner, städt. Schlachthofdirektor in Karlsbad; 5. Die Straßenwirtschaft in Kurorten. Referent: Baudirektor Drobny.

Der Nobelpreis für Medizin. Stockholm. Wie wir erfahren, wird der Nobelpreis für Medizin zwischen Prof. Iljia Metschnikow, Paris und Prof. Paul Ehrlich in Frankfurt a. M. geteilt wird.

Prof. Dr. Paul Ehrlich, der Direktor des Kgl. Institutes für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., ist ein Schlesier von Geburt und steht im 58. Lebensjahre. Seine Studien absolvierte er in Breslau, Straßburg, Freiburg und Leipzig und habilitierte sich im Jahre 1889 an der medizinischen Fakultät zu Berlin. Bald darauf wurde er Mitarbeiter an dem neugegründeten Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin und a.-o. Professor. An die Stelle, wo sich seine Wirksamkeit voll entfalten konnte, wurde er im Jahre 1896 berufen, indem er zum Direktor des Kgl. Instituts für Serumforschung und Serumprüfung zu Steglitz ernannt wurde. Diese Anstalt wurde nach Verlauf einiger Jahre (1899) unter Erweiterung ihrer Aufgaben als Institut für experimentelle Therapie nach Frankfurt a. M. verlegt; hier hat seitdem Ehrlich mit seinen Schülern eine für die Entwicklung der Immunitätstherapie höchst bedeutende Tätigkeit ausgeübt. Aus der großen Zahl von Arbeiten. die er publiziert hat, seien nur einige hervorgehoben, die für die Ausgestaltung der Immunitätslehre von besonderer Bedeutung sind. Als erste wäre die in das Jahr 1885 zurückgehende Studie „Über das Sauerstoffbedürfnis der Organismen" zu nennen. Dann folgten die Arbeiten „Über Abrin- und Rizinimmunität" (1891) und über „Die Wertbestimmung des Diphtherie-Heilserums und ihre theoretischen Grundlagen" (1897). In dieser Arbeit trug Ehrlich die berühmte „Seitenkettenlehre" vor, die für die theoretischen Anschauungen von der Immunität von so fundamentaler Bedeutung geworden ist. Man darf wohl sagen, daß hiemit die neuere Immunitätslehre inauguriert wurde. Eine Fülle von Arbeiten war die Folge jener Publikation. Von den Forschungen, durch die Ehrlich und seine Schüler zum weiteren Ausbau jener Lehre beitrugen, seien zunächst jene genannt, die in den zusammen mit Dr. Morgenroth publizierten „Sechs Mitteilungen über die Hämolysine" (1889/1901) niedergelegt sind. Der Verbreitung seiner Anschauungen dienten die in London in der Royal Society gehaltene „Croonian Lecture" (1900), die ebenfalls in London vorgetragene „Harben Lecture" (1907), sowie eine Anzahl von Vorlesungen, die Ehrlich im Jahre 1904 in verschiedenen Städten und Universitäten Amerikas hielt. Einem neuen und außerordentlich wichtigen

(Fortsetzung siehe nächste Seite.)





Gebiet wandte sich Ehrlich mit seinen Krebsforschungen zu, mit denen er im Jahre 1906 auf dem Heidelberg-Frankfurter Kongreß hervortrat. Schließlich bedeutete es eine abermalige wichtige Erweiterung des biologischen Arbeitsgebietes, als Ehrlich sich der Chemotherapie zuwandte. Die erste Arbeit, die diesem Probleme nachgeht, stammt aus dem Jahre 1898 und ist in der Festschrift für Leyden veröffentlicht; sie behandelt »Die chemische Konstitution, Bedeutung und Wirkung“. Hiezu gehören ferner der im Jahre 1907 veröffentlichte, in der Berliner Medizinischen Gesellschaft gehaltene Vortrag „Chemisch-Therapeutische Trypanosomen-Studien“ und ein 1908 in der Deutschen Chemischen Gesellschaft gehaltener Vortrag „Über den jetzigen Stand der modernen Chemotherapie“. Noch seien die gesammelten Abhandlungen für Immunitätslehre (1904) erwähnt, in denen eine Anzahl von Arbeiten Ehrlichs und seiner Schüler vereint sind.

Prof. Dr. Elias Metschnikow ist einer der Direktoren des Institut Pasteur in Paris. Er steht im 63. Lebensjahr, ist von Geburt Russe und studierte Zoologie an russischen und besonders deutschen Hochschulen. Er beschäftigte sich außer mit vergleichend embryologischen Studien hauptsächlich mit der Biologie der Bakterien und Protozoen und veröffentlichte im Jahre 1901 sein Hauptwerk „L'immunité dans les maladies infectieuses“. Aus seinem Institut ging eine enorme Menge Arbeiten zur Immunitätsfrage hervor, die alle durch die von Metschnikow aufgestellte „Phagozytentheorie“ hervorgerufen sind.

Alkohol und Geisteskrankheiten. Nach dem Berichte des „London County Asylums Commitee“ kamen in Berichtsjahre 1906/7 in den Londoner Irrenhäusern 3895 Fälle zur Aufnahme. Bei 820, d. s. 21·7%, wurde Alkoholmißbrauch als Ursache der Erkrankung ermittelt. Unter 327 Fällen von Epilepsie, die sich in der Epileptikerkolonie Ewell befanden, ließ sich in 26% Alkoholismus der Eltern, in 16% persönlicher Alkoholismus nachweisen.

Todesfälle. Böhmen: Dr. Augustin Kordina, kaiserlicher Rat, in Böhm.-Skalitz, Dr. Johann Prošek, städtischer Bezirksarzt in Smichow, 63 Jahre alt, Dr. Karl Czasch, 42 Jahre alt, Tabakfabriksarzt in Landskron, Dr. Viktor Patzelt, kaiserlicher Rat, Primararzt des Allgemeinen Krankenhauses in Brüx, Dr. Vinz. Janich, Distriksarzt in Graber, Dr. Julius Ryc, 61 Jahre alt, Distriktsarzt in Jankau, Dr. Ladislaus Holejšovský, Distriktsarzt in Soutic, Dr. Hermann Kohn, Stadtarzt in Brüx. — Dalmatien: Dr. Markus Dubravčić, Gemeindearzt in Neresi, Dr. Anton Carstulovich, 72 Jahre alt, in Neresi, Dr. Nikolaus Nisiteo, 30 Jahre alt, Gemeindearzt in Bol, Dr. Anton Brašić, Gemeindearzt in Vallegrande. — Galizien: Dr. Thad. Krobicki, Stadtarzt in Lemberg, Dr. Leonhard Orzechowski, Bahnarzt in Tarnobrzeg. — Mähren: Dr. Gustav Fiala, 42 Jahre alt, Herrschaftsarzt in Groß-Lukow, Wundarzt Johann Pospíšil, Distriktsarzt in Lessonitz.

Briefwechsel eines bayrischen Landtagsabgeordneten. Von Ludwig Thoma. Mit 20 Zeichnungen von Eduard Thöny. Preis geheftet 2 Mk., in Leinen gebunden 3 Mk. Verlag von Albert Langen in München. — Dieser „Briefwechsel eines bayrischen Landtagsabgeordneten“ ist nicht nur das lustigste Buch, das Ludw. Thoma geschrieben hat, es ist wohl die lustigste politische Satire überhaupt, die jemals geschrieben worden ist. Daß Thoma der unübertroffene und unübertreffliche Schilderer des bayerischen Bauern ist, hat ihm noch keiner bestritten. Wer hätte also berufener sein können zu einer solchen übermütigen Verulkung der bäuerlichen Zentrumsabgeordneten! Und weil Thoma seine Bauern im Grunde seiner Seele liebt, hat dieses Büchlein bei aller sachlichen Schärfe doch einen herzerquickend gemütlichen Ton. Die Satire richtet sich vielmehr gegen die politischen Führer aus anderen Kreisen; der bäuerliche Held des Buches ist mit einem Humor geschildert, dem man deutlich anmerkt, welche Freude der Verfasser selbst an diesem dummpfiffigen Musterexemplar seiner Gattung hat. Schon beim Erscheinen der ersten dieser Briefe im Simplizissimus ging ein Sturm der Heiterkeit durch das ganze nichtultramontane Deutschland. Der Verleger Thomas wurde mit Anfragen, ob eine Buchausgabe zu erwarten sei, geradezu überschüttet. So wird der Band sicherlich reißenden Absatz finden. Zu besonderem Schmuck gereichen ihm die 20 Zeichnungen Eduard Thönys, der den bayrischen Bauern mit dem Zeichenstift ebenso überwältigend echt zu treffen weiß, wie Ludwig Thoma mit der Feder.

Arhovin bei Gonorrhoe.

Arhovin ist das einzige für die innere Gonorrhoe-Therapie indizierte Mittel, das frei ist von jeder schädlichen Nebenwirkung, das einzige, das trotz langer Darreichung niemals Nierenreizung oder Magenbeschwerden hervorruft.

Die gleiche Bedeutung hat

Arhovin bei Cystitis und Bakteriurie.

Arhovin — selbst kein Balsamikum — ist frei von allen den Balsamicis anhaftenden Nachteilen.

Therapie der Gegenwart No. VI, Berlin 1906. — Dr. Herrnfeld (fr. Assistent am K. k. Allgem. Krankenhaus, Wien) berichtet: Die durchaus günstigen Resultate lassen eine Anempfehlung des Arhovin für die Gonorrhoe-Therapie vollkommen gerechtfertigt erscheinen. Wenn in einigen Fällen abwechslungshalber Ol santali gereicht wurde, so kam es öfter vor, dass Patienten von selbst über Aufstossen und Verdauungsstörungen klagten und Arhovin dem Sandelöl vorzogen.

Monatsschrift für Harnkrankheiten und sex. Hygiene No. 10. — Leipzig 1907. Dr, Coblenzer: „Ähnlich wie in vorstehenden 6 Fällen erwies sich auch bei jeder weiteren Gonorrhoe-Erkrankung, die mir zur Beobachtung kam, Arhovin als ein vorzügliches inneres Unterstützungsmittel bei der Behandlung akuter und chronischer Zustände, das niemals irgend welche Reizerscheinungen machte und den Patienten in keinem einzigen Falle auch nur die geringsten Beschwerden seitens des Verdauungsapparates oder anderer Organe verursachte. Ich halte demnach das Arhovin für das beste innere Antigonorrhoicum, über das wir zur Zeit verfügen.“

Deutsche med. Presse No. 24. — Berlin 1907. Dr. Bodenstein: »Unsere volle Aufmerksamkeit jedoch gebührt einem Mittel, welches bei dem völligen Mangel von Nebenwirkungen hervorragend anaesthesierend, entwicklungshemmend und harnsäuernd wirkt: dem Arhovin. Sämtliche bisherigen Untersucher bestätigen einmütig die auf Arhovin folgende Erhöhung der Azidität des Harns und die ausserordentlich entwicklungshemmende Wirkung, welche sich schon aus seinem geradezu spezifischen Effekt auf Gonorrhoe ergibt. Ganz auffallend ist seine beruhigende und anaesthesierende Wirkung und sein prompter Einfluss in dieser Richtung so unverkennbar, dass die Patienten selbst zufolge des raschen Nachlassens der Schmerzen gleich zu dem Mittel Vertrauen fassen.

Ich habe also stets ausgezeichnete Erfolge erzielt, wenn ich 3—6 mal täglich 1—2 Arhovinkapseln à 0,25 g bei gleichzeitiger Darreichung einer Abkochung von gleichen Teilen Herba Herniarie und Herba Chenopod. Ambrosiadis $^1/_4$ bis $^1/_2$ Liter pro Dosi, auf deren unterstützende diuretische Wirkung bereits v. Zeissl hingewiesen hat, nehmen liess. Hiedurch erzielte ich eine vollkommene Durchspülung des ganzen Urogenitaltraktes. In besonders hartnäckigen Fällen lässt sich allerdings eine Lokalbehandlung nicht umgehen (4 von 32 Fällen).

Nach diesen Erfahrungen stehe ich nicht an, das Arhovin als ein ausgezeichnetes Antizysticum zu klassifizieren.“

Was leistet Arhovin?

1) Arhovin erhöht die Azidität des Urins und klärt denselben auf;
2) es beschränkt die Sekretion und hemmt die Entwicklung der Bakterien in spec. Gonokokken (siehe Berliner klin. Wochenschrift No. 25, 1906);
3) es wirkt anaesthesierend auf die ganze Urogenitalsphäre; es beseitigt das Brennen beim Urinieren und die schmerzhaften Erektionen.

Welche Vorteile bietet das Arhovin

(neben einer lokalen Therapie*) gegenüber den Balsamicis?

1) Die Schmerzen, welche häufig die lokale Behandlung hervorruft, werden durch Arhovin gelindert. 2) Dadurch, dass es den Boden für die Entwicklung der Gonokokken ungeeignet macht, trägt es dazu bei, ein Übergreifen des Prozesses auf die hintere Harnröhre zu verhüten, daher Komplikationen zu vermeiden. 3) Eine Reihe namhafter Autoren haben den Eindruck gewonnen, dass unter Arhovindarreichung die gefürchteten gonorrhoischen Gelenkaffektionen und Endokarditiden erheblich seltener sind, ja sogar (wo sie vorher auftraten) in kurzem verschwanden. 4) Das Allgemeinbefinden der Patienten wird bei Arhovindarreichung durch Ausschaltung schmerzhafter Sensationen gehoben und dadurch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erhalten. 5) Der bei den Balsamicis so unangenehme halor ex ore (welcher den Betreffenden als Tripperkranken verrät) tritt bei Arhovin auch bei höchsten Dosen nicht auf. 6) Arhovin kann jederzeit, auch bei schwachem Magen gegeben werden, selbst dann, wenn der Magen durch Balsamica erkrankt war.

Akute und chronische Urethritis gonorrhoica, anterior et posterior, Prostatitis chronica, Cystitis et Pyelitis gonorrhoica et nongonorrhoica, Vulvitis, Bartholinitis. **Prophylaktisch gegen gonorrhoische Gelenkentzündungen und Endokarditiden.**

Rp.

1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) à 30 Stck. = 2 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) à 50 Stck. = 3 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0,25 g) à 15 Stck. = 1 Mk. (für Kassen).
Dosierung: Drei bis sechsmal täglich ein bis zwei Kapseln.

*) **Lokale Therapie:** In Fällen, in welchen die bekannten lokalen Mittel im Stiche lassen, wird mit Erfolg (siehe Literatur) die Arhovin-Ölinjektion verwendet: Rp. Arhovin 2,00 Ol. Olivar 98,00 S. 3 × täglich 1 Spritze.

Proben und Literatur stehen den Herren Ärzten zu Diensten.

Chemisches Institut Dr. Horowitz, Berlin N. 24.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/₁, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/₂, Spengergasse 21.

WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise:
Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—.
Für Deutschland ganzjährig 20 Mark.
Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs.
Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung“ oder „Therapeutisches Zentralblatt“ ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7
Redaktion u. Administration: XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Telephon Nr. 3511/IV.
Postsparcassen-Conto Nr. 839.072.
Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift
für die gesammte Heilkunde.
Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.
Herausgegeben und redigiert von
Universitätsprofessor Dr. S. Klein und Dr. J. Meisels.
Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/₁, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.
Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/₁, Billrothstrasse 47.
Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 51. Wien, 19. Dezember 1908. Nr. 51.

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Hofrat Professor Dr. Isidor Schnabel.

Von **Professor Dr. S. Klein** (Bäringer).

Am 14. November 1908 wurde Schnabel 66 Jahre alt; 3 Wochen später, am 4. Dezember, starb er auf dem Wege zu seiner Klinik, eines jähen Todes.

In Schnabel verliert die medizinische Fakultät unserer Schule einen glänzenden Lehrer, einen ernsten, wahrheitsliebenden unermüdlichen Forscher, einen klassischen Schriftsteller und einen antiken Charakter, eine wahre Catonatur. Genügsam bis zur Selbsverleugnung, lebte er ein reiches Innenleben, vollkommen zufrieden, wenn ihm eines seiner ihn stetig beschäftigenden wissenschaftlichen Probleme der Lösung sich zu nähern schien oder wenn er tatsächliche Beweise für eine seiner Behauptungen in Händen hatte. Er kannte nicht Ruhe, nicht Rast, er war stetig mitten in der Arbeit. War es nicht das Lehramt, das er wie wenige, gewissenhaft ausübte, so waren es anatomische und klinische Untersuchungen, die er anstellte. Er wohnte fast nur in seinem der Klinik angeschlossenen Laboratorium. Die Ausstattung und Ausgestaltung seiner Klinik nach modernen Bedürfnissen beschäftigte ihn einige Jahre lang und als dies abgeschlossen war, äußerte er: „Wenn mich der Schlag trifft, findet mein Nachfolger die Klinik in voller Ordnung“. Waren dies Todesahnungen oder objektive Erkenntnis seines Körperzustandes, wer weiß es. Seine düsteren Mahnungen sollten sich in tragischer Weise und buchstäblich erfüllen. Auf dem Wege zu seiner Klinik stürzte er in fast nächster Nähe ihres Eingangs urplötzlich zusammen und war nach wenigen Minuten tot. Wahrlich ein beneidenswerter Lebensabschluß. Vor mehr als einem Dezennium hatte er Ludwig Mauthner in der diesem gewidmeten Gedenkrede ob solches plötzlichen Endes glücklich gepriesen. Nun stund er seinem Vorgänger im Amte auch in der Todesart nicht nach.

* * *

Isidor Schnabel wurde 1842 in Neubydschow in Böhmen als der Sohn eines für Provinzverhältnisse wohlhabenden Kaufmannes geboren. Er studierte in Prag und Wien, wurde in Wien 1864 Doktor und widmete sich frühzeitig der Augenheilkunde. Es gelang ihm auf Eduard v. Jaegers Klinik eine erwünschte Arbeitsstätte zu finden. Die wiedergeborene Augenheilkunde war damals, in der Mitte der Sechzigerjahre, noch nicht vollkommen ausgebaut. Er fand v. Jaeger noch in voller Arbeitskraft, an dessen Seite Ludwig Mauthner im „Frühlingserwachen“, in jugendlich-kräftigem Aufstreben.

Am 1. Jänner 1869 wurde er Abteilungs-Assistent oder, wie man damals sagte, Sekundararzt erster Klasse und als solcher Nachfolger Mauthners in dieser Stelllung, da dieser im Begriffe war, sehr bald nach Innsbruck zu gehen zur Übernahme der Lehrkanzel für Augenheilkunde an der neueröffneten Universität. In dieser Stellung blieb Schnabel bis 1. November 1870, also kaum 2 Jahre. Das Krankenhausstatut machte eine längere Dienstesdauer unmöglich. Wie er diese Zeit und die vorhergehenden Jahre zu seiner Bildung ausnützte, das zeigt sein weiterer Werdegang. Schon während dieser Zeit hielt er häufig Augenspiegelkurse ab, welche den vollen ausgereiften Fachmann in ihm erkennen ließen. An einem dieser Kurse war Schreiber dieser Zeilen — der damals, kaum eben mit dem Besitz des Doktordiploms ausgestattet als sogenannter Aspirant dieser Abteilung und Klinik zugeteilt war — so glücklich teilzunehmen und die Erinnerung an die glänzende Didaktik dieses jugendlichen Meisters haftet noch so fest, als ob sie das Ergebnis eines ganz frischen eben gewonnenen Eindruckes wäre.

Seine fachschriftstellerische Erstlingsarbeit war eine Untersuchung „Über die Lage und Größe des aufrechten Bildes des Augengrundes“, die Frucht einer nahezu zweijährigen mühevollen Forscherarbeit. Sie fand in Fachkreisen große Beachtung, ja sie erregte sogar ein gewisses Aufsehen. Mit dieser Arbeit habilitierte er sich 1871 als Privatdozent an der Wiener Fakultät. Seine nächste Arbeit war eine Untersuchung über Glaukom, in welcher er auf mehrere neue und noch viel mehr auf andere zwar bekannte aber nicht beachtete Tatsachen hinwies; insbesondere zerstörte er die Wahnvorstellung von der Trübung des Glaskörpers und erhärtete, daß was man für Glaskörpertrübung hielt, nichts anderes sei, als typische Trübung der Kornea, welche er hiemit als hervorragendes klinisches Glaukomsymptom in den Vordergrund stellte. Dies und alle die anderen Mitteilungen dienten ihm zu einem stürmischen Angriff auf die herrschende Glaukomlehre und wurden kräftige Stütze des von Eduard v. Jaeger eingenommenen Standpunktes in dieser Lehre. Diese Arbeit, auch in der k. k. Gesellschaft der Ärzte vorgetragen, ent-

fesselte eine mehrere Sitzungen dauernde dramatisch bewegte Debatte, welche mit dem Siege der geistvollen und mit brillanter Rhetorik gestützten Ausführungen Schnabels geendet zu haben schien. Manche der dortigen Aufstellungen wenigstens gewannen sehr bald und in der Folge dauerndes und fest fundiertes Bürgerrecht.

Bald folgte eine exakt geführte klinische Untersuchung über „Myopie und Staphyloma posticum" welche wichtige beweiskräftige Argumente für die v. Jaegersche Lehre von der angeborenen Anlage des hinteren Skleralstaphyloms erbrachte.

Daneben hielt er stark besuchte und höchst originell gehaltene Kurse, speziell über die Refraktionsanomalien des Auges, zu welchen die Jaegersche Klinik reichhaltiges Lebendmaterial lieferte, in dessen Zusammenstellung er vom Schreiber dieser Zeilen — damals Abteilungsassistent — enthusiastische Unterstützung fand. Ebenso arbeiteten beide zusammen intensiv an einer Sehschärfe-Untersuchung, deren Resultat auszugsweise sich auch im Kleinschen Lehrbuche von 1879 vorfindet. Eine klinische Arbeit über die „Begleite- und Folgeerscheinungen der Iritis" brachte wiederum viel neue und wichtige Beiträge zur Materie dieses Kapitels.

Inzwischen wurde die Innsbrucker Lehrkanzel durch Ludwig Mauthners Übersiedlung nach Wien erledigt.

An erster Stelle vorgeschlagen, wurde Schnabel alsbald auch hierin zu Mauthners Nachfolger ernannt. Zehn lange bange Jahre hielt er auf diesem heißen Boden aus, der sich übrigens allmälig besserte. Aber ein wahres Märtyrerleben hatte er da, geradeso wie Mauthner.

Abgesehen von anderen hier nicht weiter zu erörternden Leiden, die der Professor der Augenheilkunde dort zu ertragen hatte, genügt zur beiläufigen Charakteristik eines Teiles der damaligen akademischen Verhältnisse in Innsbruck die Tatsache, daß Mauthner in 15 Semestern zusammen 30 Zuhörer hatte, in manchem Jahre gar keinen. Ebenso erging es Schnabel.

Aber im zehnten Jahre war es schon besser; er schrieb damals an den Verfasser dieses unter anderem:

„Mein Hörsal ist bis zur Decke voll (er ist freilich sehr klein); ich habe in diesem Semester 30 Zuhörer."

Naturgemäß füllte er die meiste Zeit mit Forscherarbeit aus, was er auch bei besserem Ausgenütztwerden seiner Lehrkraft freilich ebenso gehalten hätte, denn Arbeit war ihm unentbehrliches Lebenselement.

1887 im Frühjahre übersiedelte er nach Graz zur Übernahme der durch den Rücktritt des 70jährigen Blodig erledigten Lehrkanzel. Kurz zuvor vermählte er sich mit Mathilde Standhartner, der Tochter des bekannten Internisten und Primararztes. Sein Herzenswunsch ging dadurch in Erfüllung, denn die beiden hatten lange aufeinander gewartet. 1881 folgte er einem Rufe nach Prag, da Sattler nach Leipzig übersiedelt war. Zu Ostern 1885 wurde ihm das größte äußere Glück zuteil, das einem heimischen Akademiker werden kann.

Er kam nach Wien, nachdem ein halbes Jahr zuvor Ludwig Mauthner 24 Stunden nach seiner Ernennung für diese durch v. Stellwags gesetzlich gebotenen Rücktritt frei gewordene Stelle eines unerwarteten jähen Todes gestorben waren.

Er wurde dadurch der indirekte Nachfolger Arlts und Stellwags, teilweise auch v. Jaegers, da die früher v. Jaegerschen Zimmer, in welchen Schnabel sowohl als Mauthner ihre Lehrjahre verlebt hatten, unter v. Stellwag mit der Arltschen Klinik vereinigt worden waren.

Er sollte also Herr werden auf dem Boden, der ihm durch dort erträumte Jugendideale geheiligt erschien. Er schrieb an den Verfasser dieser Zeilen damals von Prag aus: „Ich werde langsam die Treppen hinaufgehen, die ich ein Vierteljahrhundert früher so oft hinauf- und heruntergestürmt war."

Seit jener Zeit wirkte er nun hier bis zu diesem düsteren 4. Dezember, der seine Lebensbahn abschloß.

In den zehn Innsbrucker Jahren veröffentlichte er eine Serie von Arbeiten, deren größerer Teil dem Glaukom galt, dem er kontinuierlich auf klinischem und anatomischem Wege nachging. Auch in Graz und Prag und noch mehr in Wien beschäftigte ihn unentwegt das Glaukomproblem. Freilich gingen bei diesen Untersuchungen auch manche andere nebenher, so über die Ursachen der Kurzsichtigkeit, über Netzhautembolie, über sympathische Ophthalmie, über Strabismus, über Erscheinungen an der Netzhaut im Frühstadium der sekundären Syphilis und noch vieles andere, aber ganz erfüllte ihn zunächst nur sein Sinnen und Trachten auf dem Wege zur Erforschung der Glaukomwesenheit, wobei er, wiewohl er manches von seinem verstorbenen Lehrer v. Jaeger adoptierte, doch eigene und mitunter recht originelle Wege wandelte.

Er betrachtete es als sein einziges Lebensziel, zu einer vollkommen klaren Anschauung über Wesen und Art des Glaukomvorganges zu gelangen und es scheint, daß er im Begriffe war, sich diesem zu nähern, wenigstens lassen manche dem Verfasser dieses gegenüber gemachte Äußerungen dies vermuten.

Er sollte es nicht erleben. Von diesem Gesichspunkte muß man sein Ende als tragisch auffassen. Er ging immer von der Betrachtung aus, daß eine bei teilweiser Linsenluxation um ihre Axe gedrehte Linse die klassischen Glaukomsymptome hervorrufe, welche wieder sofort schwinden, wenn die Drehung weiche. Er muß dies öfters beobachtet haben.

Neben seinen wissenschaftlichen Arbeiten erfüllte ihn ganz das Verlangen, seine Klinik und seine Lehrmittel auf die möglichst hohe Stufe der Vollendung, an welcher er unausgesetzt arbeitete und modelte, zu bringen. Über den akademischen Lehrberuf hatte er eine eigene ideale und idealistische Ansicht. Es ging ihm nichts darüber. Er hielt ihn für heilig. Auch seine Lehrmethode war eigen. Nichts haßte er so, wie den Drill, das Einpaucken. Er war bestrebt, dem Hörer fachliches ophthalmologisches Denken beizubringen, und ihn auf eigene Füße zu stellen, worüber er sich in seiner Antrittsrede in Wien recht deutlich aussprach.

Freilich war sein Meister v. Jaeger, ebenso dessen Schüler (zu welchen auch Mauthner und Verfasser dieses auch in didaktischer Hinsicht zu zählen sind) von gleichen Leitmotiven durchdrungen. Seine große Beredsamkeit machte ihn zu einem der vorzüglichsten Lehrer.

Dies ist freilich ein Zufall, denn leider geht man bei Besetzung von Lehrkanzeln im allgemeinen etwas einseitig vor und beachtet nicht die große Wichtigkeit der rhetorischen Begabung des akademischen Lehrers.

Was ihm an Zeit etwa außerhalb der Lehr- und Forschertätigkeit übrig blieb, das widmete er seiner Familie, in deren Mitte ihm ein glückliches Dasein blühte. Die Erziehung seiner zwei Kinder gab er nicht aus der Hand, und noch lange über den ersten Unterricht hinaus blieb er persönlich ihr Lehrer. Er ging nirgends unter die Massen hin, besuchte keine Versammlungen, keine Kongresse; nur in den letzten Jahren gab er heftigem Andrängen nach und trat als Anhänger des Vereins „Freie Schule" ein wenig in die Öffentlichkeit. Diesem Vereine widmete er einen Teil seiner unschätzbaren Kraft. Auch hiebei dokumentierte er sich nicht nur als geistig sehr hochstehend und hinreißend eloquent, sondern auch als mustergiltiger Charakter, der den Mut hat, seine Überzeugung auch laut zu dokumentieren. Er hatte übrigens auch hiebei Gelegenheit, seine umfassende und vertiefte allgemeine Bildung ein wenig zu verwerten.

Als Denker war Schnabel ein Anhänger Schopenhauers, den er gründlich studiert hatte. Nur war er nicht so gallig wie Jener. Auch kein Menschenfeind. Im Gegenteil war derjenige, der ihn nicht kennend zufällig ihm näher kam, verblüft, diesen stillen, schweigsamen, anscheinend kalten und in sich gekehrten Mann von der wärmsten Menschenliebe durchglüht und mit dem teilnehmendsten Herzen ausgestattet zu finden. Nur hie und da besuchte er manche Konzerte, er

war ein alter Parteigänger der Philharmoniker, zuweilen auch die Oper; er war ein begeisterter und überzeugter Wagnerianer. Durch die Beziehungen der Familie seiner Frau mit Richard Wagner kam er dieser Kunstrichtung näher, als er es schon ursprünglich war. Es ist merkwürdig, daß er, eigentlich durchaus nicht musikalisch im gewöhnlichen Sinne, dennoch tiefes und richtiges Verständnis und leidenschaftliche Neigung zur Musik an den Tag legte.

Die zwei Ferialmonate verbrachte er regelmäßig in den Bergen in Tirol, Salzburg oder Baiern; er war ein Naturfreund und sogar mäßiger Bergsteiger.

Zur Bewunderung veranlassend war auch sein stupendes Gedächtnis. Er sprach immer frei, nie vom Blatte. Die längsten Reden und Vorträge hatte er im Kopfe. Dies und die fesselnde Art des Vortrags mit seinem sonoren Organ machte einen Abend in der Wiener ophthalmologischen Gesellschaft, deren Präsident er zweimal gewesen ist oder in der Gesellschaft der Ärzte, an welchem Schnabels Name das Programm zierte, stets zu einem wahren Feiertag.

Als Operateur war Schnabel gleich seinem Lehrer v. Jaeger, trotz des leichten Zitterns seiner Hand, ein Künstler. Nur so lange die Hand in der Luft blieb, schwankte sie ein wenig, sobald das Messer durch den Einstich festen Boden hatte, war die Hand ruhig und sicher.

Doch alle die vorstehend angeführten schönen und prächtigen Eigenschaften reichten an eine nicht hinan. Was Schnabel als Freund gewesen, stellt alles andere in den Schatten. Das wissen und wußten jene wenigen, welche so glücklich waren, ihn Freund nennen zu dürfen. In dieser stolzen, nunmehr traurigen Lage befindet sich auch Verfasser dieses, dessen Verlust durch Schnabels Hinscheiden daher viel größer als der der meisten anderen ist.

Eine gleich Schnabel philosophisch abgeklärte, warmherzige, von gewaltiger Bildung und großer Denkkraft auf die Höhe der Menschheit emporgetragene, im höchsten Grade leistungsfähige Individualität, die einem zugleich unermüdlichen Arbeiter und treuen Freunde eigen ist, zu verlieren, ehe sie sich ausgelebt hat, ist wahrlich ergreifend.

Mag mancher auch vielleicht es für übertrieben ansehen, jedenfalls ist es menschlich begreiflich, wenn der dem gepreßten Herzen sich entringende Schmerzensseufzer hier in die Dichterworte ausklingt: „Wir werden Seinesgleichen nimmer schauen“.

* * *

Schnabels wissenschaftliche Publikationen.

1872. Über die Lage und Größe des aufrechten Bildes des Augenhintergrundes. Klin. Mon. Bl. f. Augenhk. X, p. 119—148.

1874. Zur Lehre von den Ursachen der Kurzsichtigkeit. Arch. f. Ophth. XX, 2. p. 1—70.
Über den Einfluß der Augenarbeit auf Entwickelung der Kurzsichtigkeit. Wiener mediz. Wochenschr. p. 983, Wiener med. Presse p. 1081.

1875. Über Glaukom und Iridektomie. Anzeiger der k. k. Ges. d. Ärzte in Wien vom 11., 18., 25. Nov. und 2. Dez.

1876. Notiz über die Jaegerschen Schriftskalen. Arch. f. Augen- u. Ohrenheilk. V, 1, p. 210—212.
Über die angeborene Disposition zum erworbenen Staphyloma posticum Scarpae. Wiener med. Wochenschr. Nr. 33—37.
Die Begleite- und Folgekrankheiten der Iritis. Arch. f. Augen- u. Ohrenheilk. V, 1, p. 101—137.
Über Graukom und Iridektomie, ebenda, p. 50—90.
Über den Wert des Augenspiegels für die Diagnose innerer Erkrankungen. W. med. Presse p. 575.

1877. Notiz zur Lehre vom Sehpurpur. Wiener med. Wochenschr. p. 258.
Beiträge zur Lehre vom Glaukom. Arch. f. Augen- u. Ohrenheilk. VI, 1, p. 118.

1878. Beiträge zur Lehre vom Glaukom, ebenda, VII, p. 99.

1880. Ophthalmologische Mitteilungen. I. Über Sekundärglaukom. Wr. medic. Blätter Nr. 6 u. 7.
Zur Lehre von der ophthalmoskopischen Vergrößerung. Knapps Arch. f. Augh. IX. Bd.
Ophthalmolog. Mitt. II.
Über artifizielle und pathologische Hypotonie. Wiener med. Blätter Nr. 9, 10, 12, 13, 14.

1881. Beiträge zur Lehre von der Schlechtsichtigkeit durch Nichtgebrauch der Augen. Berichte des naturw.-mediz. Vereines in Innsbruck, 11. Jahrg. 1880. p. 32—59.
Über syphilitische Netzhautaffektionen, ebenda, 11. Jahrgang. 1880—1881, p. 11—19.

1882. Über glaukomatöse Erkrankungen. Wiener med. Blätter Nr. 22 bis 26.

1883. Über Geistesstörungen nach Augenoperationen. Ber. d. Innsbrucker med. naturw. V. 13. Jahrg.
Zur Symptomatologie der Retinitis albuminurica, ebenda.

1884. Über Macular-Colobome, physiologische Exkavation und angeborenem Conus. W. med. Blätter Nr. 6—9.

1885. Über unvollständige Embolie der Netzhautschlagader und ihre Zweige, (gemeinsch. mit Sachs.) Arch. f. Augenh. XV. p. 11.
Beiträge zur Lehre vom Glaukom, ebenda, p: 311.

1888. Die Entwickelung der Staaroperationsmethoden in den letzten 20 Jahren. Verein der Ärzte in Steiermark. Sitzung 13. Febr. Wr. med. Woch. Nr. 9.)

1889. Über Entropium-Operation. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16.

1890. Über Katarakta-Operationen. Wr. med. Presse Nr. 19.

1891. Über Katarakta der Kinder. Wr. med. Woch. N. 4.

1892. Über die Beleuchtung des Gesichtsfeldes bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel. Prager mediz. Wochenschr. Nr. 30.
Über die Erkennung und Behandlung der gewöhnlichsten und verderblichsten Augenkrankheiten, ebenda.
Über glaukomatöses Sehnervenleiden. Arch. f. Augenh. XXIV, 4.
Die Behandlung der gewöhnlichen äußeren Augenerkrankungen. Wr. med, Blätter. August.

1893. Über eine Sehstörung durch Suggestion bei Kindern. Prager mediz. Wochenschr. Nr. 10.
Über Einwärtskehrung der Wimpern bei follikulärer Bindehautentzündung, ebenda Nr. 20 u. 21 u. W. med. Woch. 1892, Nr. 50.

1895. Über Staphyloma posticum, Conus und Myopie, gemeinsch. mit Herrnheiser. Zeitschr. für Heilkunde. Band 16.
Über die Methode klinischen Forschens und Lernens. Antrittsvorlesung in Wien, April 1895. Prager mediz. Woch. Nr. 28.

1896. Über Schulmyopie, klinische Vorlesung. Wr. med. Presse Nr. 24 u. 25.

1897. Über zwei Fälle von Strabismus. Wr. klin. Wochenschr. Nr. 47.

1898. Über Myopie-Heilung. Wr. med. Woch. Nr. 23.

1899. Kleine Beiträge zur Lehre von der Augenmuskellähmung und zur Lehre vom Schielen. W. klin. Woch. Nr. 20 u. 22.
Festrede aus Anlaß der Enthüllungsfeier des Denkmals Professor L. Mauthners am 19. März. Wr. klin. Woch. Nr. 12.

1900. Die glaukomatöse Sehnerven-Atrophie. Wr. med. Woch. Nr. 24 u. 25.

1901. Über das Sekundärschielen. Wr. klin. Woch. Nr. 49.

1902. Die symphatische Iridocyclitis. Klinische Vorlesung. Wr. med. Woch. Nr 29 u. 30.

1904. Demonstration eines Falles von pulsierendem Exophthalmus.
Bemerkungen zur Skiaskopie. Wr. med. Woch. Nr. 37 u. 39.
Das glaukomatöse Sehnervenleiden; in Sitzung d. Wr. ophth. Ges. Zentralbl. f. prakt. Aug. p. 207.

1905. Über temporale Hemianopsie, Sitzung der ophth. Ges. ebenda, p. 55.
Die Entwicklungsgeschichte der glaukomatösen Exkavation. Zeitschr. f. Aug., Bd. 14, Heft 1.
1906. Demonstration von Serienpräparaten mittelst Projektion zur Lehre vom Pterygium. Sitzung d. ophth. Gesellsch. 10. Jänner. Zentralbl. f. Aug. p. 78.
Schule und Kurzsichtigkeit. Wr. med. Presse Nr. 14.
1908. Vortrag mit Demonstration als „Beitrag zur Lehre von der Art der Bildung glaukomatöser Excavationen". Sitzungsber. der Wr. ophth. Ges., 17. Febr. Centralbl. f. Aug. p. 142.

Wochenschau.

Von **Spektator.**

(Der Nachfolger v. Schrötters. — Der Neubau des Karolinen-Kinderspitales.

Zu der Frage der Nachfolgerschaft Schrötters müssen wir Stellung nehmen, wenn wir auch dabei einige persönliche Interessen verletzen. Die Fakultät hat mit anerkennenswerten Unabhängigkeitssinn primo et unico loco Strümpell vorgeschlagen. So rasch man bei der Hand ist, andernfalls der Fakultät Nepotismus vorzuwerfen, ebenso rasch oder noch rascher ist man von gewisser radikaler Seite bereit, ein patriotisches Wehgeschrei zu erheben, wenn die Fakultät alle Rücksichten bei Seite setzt und nur eine walten läßt: Die Rücksicht auf das Ansehen der Wiener Schule.

Nach Lehrern ruft man und präsentiert gleich ein halbes Dutzend Einheimische. Da muß man aber in aller Ruhe sagen: Einen besseren Lehrer als Strümpell gibt es nicht in seinem Fache, ohne jemanden nahe treten zu wollen. Ist doch das Lehrbuch Strümpells ist auf allen deutschen Hochschulen einfach das Lehrbuch für die Interne par excellence geworden; es duldet neben sich keine Konkurrenz und begleitet den praktischen Arzt auch liebevoll und verläßlich in die Praxis.

Man komme uns also nicht mit der angeblichen besonderen Lehrbefähigung einiger heißer Favorits. Zudem eine Zwischenfrage: Hat man denn gar so glänzende Erfolge gesehen, bei den Ordinariaten, die man aus dem Nichts als Privatdozententum stampfte. Parturiunt montes . . . .

Wieder ist die Hetze der „Einheimischen" gegen die „Zugereisten" in Blüte. Nur daß man, da diesmal keine konfessionelle Spitze vorhanden ist, die Hetze in aller Ruhe ihrer Verbrämungen entkleiden kann und das Resultat verkünden muß: Das, was übrig bleibt, ist nichts anderes als nackter Egoismus und Ränkespinnerei.

Diesem bei uns in solcher Blüte stehenden Spiel ist es schon einmal gelungen, unter dem Beifall der Gasse, den „Zuzug" aus Deutschland fernzuhalten. Siehe den Fall Neisser. Der Erfolg ist auch nicht ausgeblieben. Er besteht einfach darin, daß Wien in der ganzen serologischen Forschung in das Hintertreffen geraten ist. Man versuche zu leugnen.

Diesesmal erhebt wieder die Clique ihr Haupt. Wie wir glauben und hoffen, aber ohne Erfolg. Denn es wird immer klarer, daß die Wiener Fakultät nicht so sehr Maßnahmen bedarf, als Männer. Sapienti satis.

Das Wiener medizinische Doktorenkollegium hat an die Gemeinde eine Eingabe gerichtet des Inhalts, daß es an Stelle des Gebäudes, in welchem jetzt das Karoline Riedlsche Kinderspital im IX. Bezirk, Ecke der Schubert- und Lustkandlgasse, untergebracht ist, einen Neubau aufzuführen beabsichtigt, da der heutige Belegraum mit 60 Betten nicht mehr ausreicht. Das neue Spital soll einen Belegraum von 100 Betten erhalten. Stadtrat Gsottbauer wird nun in der nächsten Sitzung dem Gemeinderat vorschlagen, ein Übereinkommen zu treffen, nach welchem die Gemeinde ihr gehörige Gründe im IX. Bezirk zwischen Pulverturm- und Ayrenhofgasse im Ausmaße von 6430 Quadratmeter überläßt und 40.000 K daraufzahlt, während die Stiftung die jetzige Spitalrealität im Ausmaße von 1679 Quadratmetern der Gemeinde übergibt. Dies geschieht mit Rücksicht darauf, daß das Kinderspital eine hervorragende Tätigkeit entfaltet, welche jährlich Tausenden von Kindern zugute kommt. Weiters soll sich diese Aktion jenen Wohltätigkeitsakten anschließen, welche im Jubiläumsjahr unter der Devise „Für das Kind" geschaffen wurden.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".
(Fortsetzung.)

E. Wieland spricht: Über angeborenen Weichschädel. Klinisch und noch schärfer anatomisch-histologisch lassen sich zwei Hauptformen des angeborenen Weichschädels unterscheiden: 1. Das häufige und in der Hälfte aller Fälle von Weichschädel isoliert auftretende Anfangsstadium der Affektion, der weiche Nahtrand, meist symmetrisch auf der Scheitelwölbung gelegen. 2. Die seitliche Lückenbildung in der Kontinuität der Scheitelbeine, an gleicher Stelle gelegen, aber nie isoliert, sondern immer in Verbindung mit weichem Pfeilnahtrande: das vorgeschrittenere Stadium der Affektion — flacher Weichschädel. Ersterer histologisch charakterisiert durch einfache ungenügende Knochenbildung. Reiner Appositionsdefekt. Letztere charakterisiert durch umschriebene Resorption des fertigen Knochens von innen her bis zur Bildung flacher Defekte im Scheitelbein — Resorptionsdefekt, eigentliche Knochenusuren. Hauptsächliches Resultat der histologischen Untersuchung des angeborenen Weichschädels: Bloße Ausfallserscheinungen; quantitative, aber keine qualitativen Veränderungen an den verdünnten Schädelknochen; ein Mißverhältnis zwischen knöchernem und häutigem Kranium. Ein spezifisch pathologischer Knochenprozeß, vor allem die klinisch und teilweise sogar histologisch ähnliche rachitische Kraniotabes der Säuglinge, ist mit Sicherheit auszuschließen — (Beweis: keine über das physiologische Maß hinausgehende Bildung von osteoidem Gewebe! Eine befriedigende Aufklärung über die bisher völlig dunkle Actiologie des angeborenen Weichschädels ist wohl am ehesten von der entwicklungsgeschichtlichen Betrachtungsweise des kindlichen Schädelgewölbes zu erwarten. Bedeutungsvoll erscheint in dieser Hinsicht die zeitliche Koinzidenz des Weichschädels mit der maximalen, pränaturaleh Entwicklungsphase der Scheitelgegend. Letztere fällt nach sorgfältigen Untersuchungen O. Schaeffers in die zweitletzten Fötalmonate, also gerade in die Zeit, wo nach den klinischen Beobachtungen des Vortragenden auch der Weichschädel sich mit Vorliebe ausbildet. Wird noch der Lieblingssitz der angeborenen Schädelweichheit gerade auf der höchsten Stelle der in maximaler Entwicklung befindlichen Scheitelgegend (Scheitelwölbung zwischen den zwei Tubera parietalia) in Rechnung gezogen, so liegt es nahe, die Ursache für das Weichbleiben der Pfeilnahtränder (Appositionsdeffekt) auf der Kuppe, in der überwiegenden Volumzunahme der betreffenden Partie des häutigen Schädels, bezw. des Schädelinhaltes zu erblicken, mit der die Ossifikation nicht gleichen Schritt hält.

Die Kenntnis des sogenannten flachen Weichschädels, das heißt also der in etwa der Hälfte der Fälle mit einfachem Appositionsdefekt kombinierten, seitlichen Knochenusuren, obige Auffassung noch wahrscheinlicher erscheinen. Die Histogenese dieser Defekte weist direkt auf umschriebene Druckwirkung von innen hin, die kaum anders als durch vermehrten Wachstumsdruck des Schädelinhaltes (Gehirn) auf die knappe knöcherne Schädelhülle zu erklären sein dürfte. Einen wichtigen Beweis für die Wirksamkeit derartiger mechanischer Momente in der Ätiologie des angeborenen Weichschädels bilden schließlich die drei Beobachtungen des Vortragenden über vorgewölbten Weichschädel. In sämtlichen drei Fällen, bei zweien zudem durch die Autopsie (Erweiterung der Großhirnventrikel mit starker Flüßigkeitsansammlung), ließ sich das Vorhandensein eines pathologisch gesteigerten intrakraniellen Druckes nachweisen. Der angeborene



Weichschädel ist nach den Untersuchungen des Vortragenden eine klinisch und anatomisch histologisch scharf charakterisierte Affektion sui generis. Es ist eine Entwicklungsstörung des fötalen Schädeldaches, welche sich gegen das Ende der Fötalzeit bei sehr vielen Früchten ausbildet. Diese Störung ist vorübergehender Natur und beruht auf einem einfachen Mißverhältnis zwischen der normalen Schädelverknöcherung und zwischen dem physiologischen Schädel-, resp. Gehirnwachstum, in dessen Verlaufe es zur Verdünnung der Nahtränder, außerdem aber sehr oft zur Ausbildung multipler Lücken des Schädeldaches kommt.

Bingel und Strauß sprachen: Über Beziehungen zwischen Niere und Kreislauf. Die Autoren spritzen Tieren die Preßsäfte verschiedener Organe in die Vena jugularis und erhalten bei fast allen Preßsäften eine Blutdrucksenkung oder überhaupt keine Beeinflußung, bloß Milzpreßsaft ruft eine geringe Blutdrucksteigerung hervor, Nierenpreßsaft dagegen steigert stets eine halbe bis drei Viertelstunden hindurch den Blutdruck um 20 bis 30 mm. Der wirsame Körper wird durch Autolyse nicht zerstört, ist nicht dialysierbar, bleibt auch nach Entfernung von 96% des ursprünglichen Stickstoffes aurück, ist durch Ammoniumsulfat nicht fällbar und wird durch Säuren zerstört. Gegenüber der Adrenalinwirkung bestehen erhebliche Unterschiede, indem vor allem der Anstieg viel langsamer und nicht so hoch erfolgt. Vagus und Sympathikus am Halse sind ohne Einfluß auf Höhe und Ablauf der Reaktion. Ebensowenig Zerstörung des Rückenmarkes. Entfernung von Niere und Nebenniere können kie Reaktion nicht hintanhalten. Die Pupille vsrändert nicht ihre Weite. bei Wiederholung der Injektion wird die Reaktion allmählich schwächer. Der Angriffspunkt der Substanz liegt wahrscheinlich peripher. Vielleicht erklärt sie uns den Zuammenhang zwischen Nephritis und Hypertonie.

H. Engel sprach: Über den Wert der Blutdruckmessung bei chronischer Nephritis. Engel will die Blutdruckschwankungen bei Nephritis prognostisch in folgender Weise verwerten. Nur die leichtesten Formen der chronischen Nephritis bleiben parenchymatös und ohne Blutdrucksteigerungen. Bei schweren chronischen Nephritiden gestattet Ausbleiben der Blutdrucksteigerung die Prognose ungünstig, stetiges, nicht sprunghaftes Steigen des Blutdruckes hingegen bei fortschreitender Beteiligung des interstitiellen Gewebes durchaus nicht ungünstig. Ausgesprochene genuine Schrumpfniere hat stets hohen, sekundäre arteriosklerotische Schrumpfniere mäßig erhöhten Druck. Plötzlicher Abfall des bei interstitieller Nephritis erhöhten Blutdruckes ist als ein Signum mali ominis anzusehen.

Schminke spricht über: Einfluß hydrotherapeutischer Prozeduren auf das Herz. Vortragender verwendet zur Vermeidung von Verzerrungen und Vergrößerungen die Teleröntgenographie und findet mittels derselben eine Verkleinerung des Herzens nach Muskelanstrengung, ferner nach heißen und lauwarmen, bezw. Kohlensäurebädern. Bei der Beobachtung mit dem Phonendoskiaskop, welches die gleichzeitige Wahrnehmung von Herztönen und Herzbewegung gestattet, fällt ihm besonders die starke Herzaktion bei Kohlensäurebädern auf. Fr hält sie daher bei Kranken mit ohnehin erhöhter Herzaktion wie bei Herzneurosen, Basedowscher Krankhsit und Arteriosklerose für kontraindiziert und verabreicht ihnen lieber kalte Moorbäder. Als Domäne für die Kohlensäurebäder bezeichnet er die Fettleibigen und die Vitien mit schwacher Herzaktion.

II. Literaturauszüge.

Zur diätetischen und pharmazeutischen Epilepsiebehandlung in der ärztlichen Privatpraxis von A. Eulenburg.

Die große Bedeutung einer entsprechenden Diätregulierung bei Epileptikern ist grundsätzlich wohl längst anerkannt; doch haben sich spezielle Diätvorschriften, abgesehen von gewissen allgemeinen Erfahrungsregeln, z. B. einer im ganzen milderen und reizloseren, mehr vegetabilischen Kost, nicht zu reichlichen und dafür häufigeren Einzelmahlzeiten, Verhütung von Überladung des Magens und von Verdauungsstörungen überhaupt, Vermeidung von alkoholischen Getränken, Kaffee, Tee, schärferen Gewürze usw., bisher noch kaum herausgebildet. Der erste Versuch einer spezifischen Epileptikerdiät ist der von Toulouse und Richet gegen Ende der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts gemachte, der zum Prinzip die Verabreichung einer chlorarmen Diät in Verbindung mit Brombehandlung und gerade zu deren wirksamerer Durchführung gesetzt hat. Es wird nämlich davon ausgegangen, daß man die Wirkung des Broms auf den Körper bedeutend verstärken kann, indem man dem Organismus gleichzeitig Chlor entzieht — oder auch, indem man ihm das für seine Ernährung bestimmte Kochsalz nur in erheblich vermindertem Maße zuführt. Dies ist also unter der chlorarmen Diät zu verstehen. Das Brom soll, wie angenommen wird, als das dem Chlor nächst stehende Halogen den Platz des im Organismus teilweise verdrängten Chlors einnehmen und so schon in kleinen Dosen eine gesteigerte Wirkung entfalten. Diese Behauptung ist bisher keineswegs einwandfrei erwiesen, vielmehr ziemlich anfechtbar. Es ist aber klar, daß, auch wenn sie nicht zutrifft, das Prinzip der Verabreichung einer chlorarmen Diät bei Epileptikern dennoch an sich richtig und durch die Erfahrung gerechtfertigt sein könnte.

Man hat, speziell bei der Bálintschen Bromopanbehandlung, eine Kostnorm für Epileptiker zusammengestellt, die hauptsächlich aus Brot (Weizenbrot), reiner unabgerahmter Milch, Butter und Eiern, sowie Obst (rohem und gekochtem Obst, Obstsuppen) bestehen sollte. Es wurde insbesondere von Bálint vorgeschlagen, die Epileptiker mit 300—400 g Brot, 1000—1500 g Milch, 40—50 g Butter, 3 Eiern täglich zu ernähren; Kochsalzgehalt dabei zirka 2 Gramm.

Wir müssen, auch wenn wir das Prinzip aufrecht erhalten wollen, unter allen Umständen für eine Anreicherung in quantitativer und qualitativer Hinsicht, für Einhaltung eines bunten und gemischten Speisezettels sorgen. Dies ist auch ganz gut möglich. Es können nicht zu große Quantitäten besonders weißes Fleisch oder Fisch, ungesalzener Käse, Gemüse, Süßspeisen, ferner auch Suppen, ernährende Getränke und nötigenfalls künstliche Nährpräparate unbedenklich hinzugefügt werden. Von den Fleischarten ist erfahrungsgemäß das weiße Fleisch zu bevorzugen (Kalb, Geflügel); nötigenfalls hachiertes Fleisch. Von Gemüsen ist besonders Reis zu empfehlen (auch Milchreis); Erbsen, Kartoffeln, Maronen am besten in Püreeform. Von Suppen besonders Schleim-, Mehl- und Obstsuppen (keine Fleischbrühe). Scharfe Gewürze, auch Fleischextrakte sind selbstverständlich zu meiden.

Als Morgengetränke empfehlen sich, außer Milch, besonders Kakao (auch Eichel- oder Haferkakao und Kraftkakao) sowie Schokolade, ferner Malzkaffee. Bohnenkaffee, er sei denn „koffeinfrei“, ist natürlich ganz auszuschließen, ebenso starker Tee (allenfalls ein Glas leichter Tee mit Milch oder Sahne). Spirituosen sind bei Epileptikern im allgemeinen unbedingt zu verbieten; nur in Ausnahmefällen wird man vielleicht kleine Quantitäten Bier oder leichten Wein bei oder nach den Mahlzeiten zeitweise gestatten dürfen — unter keinen Umständen schwere Weine, heiße Alkoholgetränke (Grogk und dergleichen) und Liqueure. Dagegen sind außer Wasser auch die natürlichen und künstlichen kohlensäurehaltigen Wässer, Limonaden, alkoholfreie Obst- und Traubenweine als Getränke gestattet. Von künstlichen Nährpräparaten haben sich mir besonders Sanatogen, neuerdings auch Protylin, Glidine und Maltokrystol als nützlich erwiesen, zumal sie bei verhältnismäßig nicht unerheblichem Nährwerte nicht ungern genommen werden und meist lange Zeit hindurch ohne Nachteil fortgebraucht werden können.

Im allgemeinen ergibt sich, daß wir bei Epileptikern eine blande, reizlose Kost, aber von genügendem Ernährungswerte durchzuführen haben, mit möglichster Fernhaltung schädigender Reize für den Verdauungsapparat sowohl wie für entfernte Organe (Nieren) und mit Vermeidung schädlicher



Überladung, natürlich auch in quantitativer Hinsicht (daher öftere und kleinere Mahlzeiten). Nach diesen Grundsätzen ist, unter strenger Individualisierung im Einzelfalle die Ernährung zu regulieren — ein ziemlich weiter Spielraum ist dabei nach Alter, Geschlecht, Lebensgewohnheiten, und vor allem nach den besonderen konstitutionellen und sonstigen Verhältnissen immerhin noch gestattet.

Was nun das speziell nach Balint bezeichnete kombinierte Heilverfahren, die sogenannte Bromopankur betrifft, so hängt diese Methode, wie schon erwähnt, in ihrer Wurzel mit dem von Toulouse und Richet proklamierten Prinzip der kochsalzarmen Diät und der Chlorverdrängung durch das ihm substituierte Brom bei interner Verabreichung zusammen.

Rudolf Bálint in Budapest kam (1901) auf den Gedanken, dieses Verfahren dadurch zu ergänzen, daß er in das zu Nährzwecken für Epileptiker bestimmte Brot statt des NaCl eine entsprechende Menge von NaBr einbacken ließ; in der Regel 1·0 auf 100·0 Brot — nötigenfalls aber auch noch darüber hinausgehend. Der Apotheker Béla Hoffmann in Budapest hat dieses Brot unter dem Namen Bromopan, das dazugehörige Mehl als Bromofarina in den Handel gebracht. Beim Kosten dieses Brotes zeigt sich, daß es sich bei dem benutzten NaBr-Gehalt durch den Geschmack kaum merklich von dem gewöhnlichen, mit Kochsalz gebackenen unterscheidet. Es wird von den Kranken mit sehr seltenen Ausnahmen (die aber, wie ich aus eigener Erfahrung zugeben muß, vorkommen) auch anstandslos genommen. Der Preis ist allerdings etwas hoch, nämlich 30 Pf. für das Brot; da man doch immerhin 3—4 solche Brote täglich braucht, um 3—4·0 NaBr zu verabreichen, so stellen sich die Kosten auf 90—120 Pf. täglich. Wo man auf dem Lande, auf Gütern usw. oder in größeren Krankenanstalten in der Lage ist, sich das Brot aus dem NaBr-haltigen Mehl (Preis eines Pakets für 3 Brötchen = 60 Pfg.) selbst herstellen zu können, würden sich die Kosten natürlich etwas verbilligen. — Nun hat aber Bálint nicht bloß dieses Brot angegeben, sondern es auch zu einem integrierenden Bestandteile seiner Diätvorschriften für Epileptiker gemacht, von denen bereits vorher gesprochen wurde, eine kochsalzarme und überhaupt höchst blande Diät, die sich aus 300—400 g Bromopan, 1—1½ Liter Milch, 40—50 g Butter, 3 Eiern, Obst (roh, eingemacht oder in Obstsuppen) wesentlich zusammensetzte. Die auf den beiden medizinischen Kliniken in Budapest (bei Korányi und Kéthy) erzielten Resultate, worüber Bálint selbst und Zirkelbach berichten, waren sehr ermunternd; und ähnliche Ergebnisse erzielte auch Robert Schnitzer bei Insassen der Kückenmühler Anstalt in Stettin. Schnitzer hat neuerdings unter dem Namen „Spasmosit“ sehr angenehm und bequem zu nehmende und gut haltbare Zwiebacke herstellen lassen, die gleichfalls an Stelle des NaCl eine entsprechende Menge von NaBr (0·2) eingebacken enthalten.

Die kurmäßige Benutzung von Bromopan oder Spasmosit, neben entsprechender Diätregulierung, ist sehr bequem und empfehlenswert für diejenigen Fälle, wo der Preis keine Rolle spielt und wo man mit der verhältnismäßig kleinen, auf diese Weise dem Organismus zugeführten Dosen von NaBr (2·0—4·0 täglich) auskommt. Wo diese Dosen nicht ausreichen, oder wo man gezwungen ist, dem NaBr andere Bromalkalien oder eine Vereinigung verschiedener Bromsalze wie z. B. in dem Sandowschen Gemische oder im Erlenmeyerschen Bromwasser) zu substituieren, sind natürlich diese Gebäcke ziemlich wertlos. Sie dürften daher mehr für frischere und leichtere Fälle passen, überdies aber auch am besten unter wirksamer Kontrolle in Anstalten zur Anwendung kommen. Erscheinungen des Bromismus, namentlich Appetitstörungen und Verdauungsstörungen, Akne usw., werden dabei, wie es scheint, nur ausnahmsweise beobachtet.

Von Bedeutung auch gerade für die Hausbehandlung sind dagegen die neuerdings in wachsender Zahl hergestellten und in den Handel gebrachten organischen Brompräparate, unter denen zuerst die Bromeigone, die Brom an Eiweiß gebunden, enthielten, Aufmerksamkeit erregten. Sie konnten jedoch, wohl des allzu hohen Preises wegen, nicht recht aufkommen, und das gleiche gilt auch für die als Bromokoll bezeichnete Dibromtanningelatine, wenigstens soweit ihre Verabreichung bei Epileptikern in Betracht kommt. Dagegen hat das zuerst durch H. Winternitz (1898) eingeführte, von E. Merck hergestellte Bromipin ziemlich rasch als Antiepileptikum ausgedehnte Verbreitung gefunden. Es ist bekanntlich ein „flüssiges Bromfett“, analog dem Jodipin; eine Verbindung von Brom mit Sesamöl, worin ersteres sich an die Fettsäuren des Oels additionell angelagert hat. Es kommt in drei Formen in den Handel, nämlich als flüssiges 10%iges und als dickflüssiges 33⅓%iges Bromipin, und neuerdings auch in fester Tablettenform, als von Merck hergestelltes Bromipinum solidum saccharatum. Jede dieser Tabletten enthält 1·2 g 33⅓%iges Bromipin, was einem Bromgehalt von 0·4 entspricht und ungefähr dem Einnehmen von einem Teelöffel des 10%igen Bromipins gleichkommt.

Was nun die bei Epilepsie erzielten Erfolge betrifft, so sind diese sowohl bei der internen, wie auch bei der (von Kothe 1900 zuerst vorgeschlagenen) rektalen Applikation durchweg günstig, vorausgesetzt, daß nicht zu geringe Dosen des Mittels (durchschnittlich 3—4 Eßlöffel des 10%igen Präparats bei innerer Anwendung) ununterbrochen gebraucht werden. Es würde dies also immerhin ziemlich bedeutenden Bromdosen, von 4·5—6·0 g pro die entsprechen. Weniger als 2 Eßlöffel dürften bei Erwachsenen in der Regel nicht genügen, während bei Kindern dem Alter entsprechend eventuell auch kleinere Dosen (2—4 Teelöffel täglich) in Betracht kommen. Die rektale Anwendung ist auch besonders bei Kindern wertvoll; man beginnt hierbei mit 15 g, steigt allmählich auf 30 und 40 g des stärkeren (33⅓%igen) Bromipins; die Injektionen, die keine Darmreizung erzeugen, werden daher am besten abends vor dem Schlafengehen ausgeführt, und bedürfen in der Regel erst in etwas größeren 4—5tägigen Intervallen einer Wiederholung.

Alles in allem dürfen wir nach den bisherigen Erfahrungen wohl sagen, daß wir in dem Bromipin ein für die Epilepsiebehandlung geeignetes und wertvolles Brompräparat und einen in zahlreichen Fällen schätzbaren Ersatz der aus mancherlei Gründen minderwertigen Bromalkalien besitzen. Die Erfolge entsprechen bei zweckentsprechender Anwendung im Allgemeinen denen der Bromalkalien, ohne deren nicht seltene unangenehme Begleiterscheinungen und Folgen. Eu. hat unter anderen bei einem im 34. Jahre stehenden Epileptiker mit häufigen, seit fast 16 Jahren bestehenden Anfällen unter ausschließlichem Bromipingebrauch ein völliges, nun schon seit fast fünf Jahren andauerndes Ausbleiben der Anfälle beobachtet, das man also füglich wohl als „Heilung“ gelten lassen kann und das dem arbeits- und erwerbsunfähig gewordenen Manne die Wiederaufnahme seiner früheren Berufstätigkeit — als Drucker — seit längerer Zeit wieder ermöglicht.

So ziemlich das gleiche wie vom Bromipin gilt auch nach den bisher vorliegenden allerdings noch spärlichen Erfahrungen von dessen neuesten Rivalen auf dem Gebiete organischer Brompräparate, dem von Dr. Klopfer (Dresden-Leubnitz) hergestellten Bromglidine und dem nach Vorschrift des verstorbenen v. Mering von den Farbenfabriken vorm. Fr. Bayer & Co. in Elberfeld hergestellten Sabromin.

Dagegen erübrigt es noch, über die neuerdings aufgekommenen organtherapeutischen Methoden der Epilepsiebehandlung eine orientierende Übersicht zu geben.

Erst mit der Gewinnung isolierter wirksamer Bestandteile der Organe, wie wir sie unter anderen in dem krystallinisch rein erhaltenen Spermin und Adrenalin besitzen, boten sich dafür bessere Aussichten. Bekanntlich hatte A. v. Poehl schon 1892 das Spermin im Gehirn nachgewiesen. Ebenfalls von A. v. Poehl wurde aus frischem Gehirn nach einer neuen (im Wratsch 1897 Nr. 27 veröffentlichten) Methode eine als Cerebrin beschriebene Substanz, ein Glykosid (Cerebrosid) hergestellt, die dann weiteren Versuchen auf diesem Gebiete als Substrat diente. Nach den letzten Untersuchungen



von Poehl's soll in dessen „Cerebrin“ eine synergetische Gruppe die Wirkung ausüben, der Körper wird daher als Synergo-Cerebrin bezeichnet. Was das Cerebrin betrifft, so hat dieses, nach Annahme von Poehl, Tarchanoff und Wachs, speziell die Fortschaffung der Zerfallprodukte der Gewebsatmung, namentlich der von Nervensubstanz herstammenden Leukomaine zu beschleunigen. Es wäre damit für die Anwendung bei funktionellen Neurosen, namentlich bei Neurasthenie und bei Epilepsie und auch bei den sogenannten „Abbrauchskrankheiten“ des Nervensystems, eine gewisse theoretische Unterlage gegeben. Es sei daran erinnert, daß nach neueren Beobachtungen gewisse autointoxikatorisch wirkende Produkte der regressiven Metamorphose (Neurin, Cholin) bei einer Reihe schwerer Nervenerkrankungen eine unverkennbare pathogenetische Rolle zu spielen scheinen. Für die Epilepsie speziell ließen sich die von Donath fast regelmäßig konstatierten Befunde von Cholin in der Zerebrospinalflüssigkeit von Epileptikern bei Punktion unmittelbar nach den Anfallen in diesem Sinne verwerten. Donath schreibt sogar dem Cholin einen geradezu anregenden Einfluß auf das Zustandekommen epileptischer Anfälle zu; um so mehr als es sich dabei um einen ohnehin schon erhöhten Erregbarkeitszustand handelt.

Eu. hat, da er durch die Güte meines Freundes von Poehl schon seit Anfang des Jahres 1902 über größere Quantitäten Cerebrin verfügte, seit dieser Zeit das Mittel in einer größeren Anzahl von Epilepsiefällen und auch vereinzelt bei einigen anderen chronischen Erkrankungsformen des Nervensystems methodisch in Anwendung gezogen. Das Mittel wird teils innerlich, teils subkutan oder endlich auch in Form von Bleibeklysmen verabreicht. Innerlich gibt man das Cerebrin (ein gelblichweißes, in heißem Wasser leicht lösliches Pulver) ausschließlich in Form kleiner Tabletten, die mit einem Gehalt von 0·3 hergestellt und zu 3—4—6 Stück täglich oder jeden zweiten Tag, am besten morgens nüchtern (Lion) genommen werden. Dagegen dient zur subkutanen Anwendung das „Cerebrinum Poehl pro injektione subcutanea“ in Ampullen, eine 2%ige sterilisierte, im Glasfläschchen eingeschmolzene Lösung, wovon für gewöhnlich eine Ampulle (1—2 cm^3) zu einer Injektion hinreicht. Preis von 4 Ampullen = 4 Mk. Die Injektionen sind schmerzlos. Die Anwendung des Cerebrins war übrigens, wie ich gleich bemerken will, sowohl innerlich wie subkutan niemals von irgendwelchen üblen Nebenerscheinungen begleitet und wurde ausnahmslos selbst viele Monate hindurch ohne Störung vertragen. Eu. hat bisher im ganzen 25 Fälle von echter (idiopathischer) Epilepsie lange genug mit Cerebrin behandelt, um ein Urteil darüber zu gewinnen. Über die nur kurz behandelten, und bald aus den Augen gekommenen, sowie über die noch in Behandlung befindlichen Fälle will ich nichts sagen; ebensowenig über die vereinzelten Anwendungen bei anderen, mit Anfällen verbundenen Gehirnkrankheiten (Hysterie, Epilepsie, Herdsklerose, Paralyse, senile Atrophie, Paralysis agitans) — wobei im ganzen wenig erreicht wurde. Was jene 25 Epileptiker betrifft, so waren es meist schwere, veraltete, schon lange mit Brompräparaten behandelte und auf diese in ungenügender Weise reagierende Fälle, im Alter zwischen 12 und 42 Jahren, 13 bei Männern und 12 bei Weibern; davon wurden 18 mit Cerebrin nur innerlich, 4 innerlich und subkutan, 3 nur subkutan behandelt.

Geheilt wurde kein Fall — ich kann also schon in diesem Sinne nicht beistimmen, wenn Lion erklärt, die Epilepsie sei nur durch das Cerebrin eine heilbare Krankheit geworden, und man könne damit selbst die inveterierten Fälle „zur endgültigen Genesung bringen“. Aber immerhin waren die Ergebnisse beachtenswert und nicht ungünstig. Von den 25 Fällen zeigten nämlich 11 einen entschieden guten, 8 einen ungenügenden Erfolg; 6 Fälle ließen einen überhaupt nennenswerten Erfolg nicht wahrnehmen, die Wirkung war hier so unzulänglich, daß zur früher geübten Behandlung mit Brompräparaten verschiedener Art zurückgekehrt wurde.

Nach den bisherigen Erfahrungen hat es immerhin den Anschein, daß das Cerebrin (Synergo-Cerebrin, nach v. Poehl), innerlich oder subkutan angewandt, ein nicht unwirksames und jedenfalls beachtenswertes Hülfsmittel in der Behandlung der idiopathischen Epilepsie ist, das in schweren und für die Brompräparate minder geeigneten Fällen weiter erprobt zu werden verdient — für das sich aber spezielle Indikationen (und Kontraindikationen) auf Grund des vorliegenden Materials einstweilen noch nicht feststellen lassen. Ob aus der neuerdings auf Grund theoretischer Erwägungen empfohlenen Kombination des Synergo-Cerebrins mit dem Poehlschen Spermin noch weitere und größere Erfolge zu gewinnen sein werden, muß bei dem Mangel praktischer Erfahrungen auf diesem Gebiete gleichfalls dahingestellt bleiben. (Med. Klinik Nr. 32.)

*

Verwöhnung und Anpassung in der Geburtshilfe. Von Hugo Sellheim. (Schluß.)

Mit Schülern, welche gründliche propädeutische Kenntnisse mitbringen, vermag man die klinische Stunde derart zu gestalten, daß sie der Praxis ähnelt.

Der Lehrer muß sich in Situationen begeben, wie sie das Tun des praktischen Arztes mit sich bringt und die Kunst zeigen, wie man sich heraushilft. Man betone immer die Grenzen des Erreichbaren gegen das Unerreichbare.

Der Schüler lerne einen objektiven Befund aufnehmen, der immer stimmen muß. Man zeichne den Tastbefund vor der Operation noch einmal an die Tafel und lasse die Studierenden sich durch den Augenschein überzeugen, daß Operationsbefund und Tatbefund harmonieren. Die Diagnose stelle man als einen Schluß dar, der, auch wenn die eine Voraussetzung, der Befund, richtig ist, einmal falsch sein kann, weil andere, schwächer begründete Voraussetzungen nicht zutreffen.

Aus den Irrtümern des Meisters lernt der Schüler sich gegen eigene Täuschungen verwahren. Kein Geburtshelfer wird sich rühmen können, daß ihm nie etwas Menschliches passiert sei. Wer seiner Sache sonst sicher ist, kann einen Irrtum ruhig eingestehen; er verliert dabei nur das wenige, worin er sich geirrt hat, nützt aber seinen Schülern viel, weil er ihnen die Wirklichkeit getreu vor Augen führt.

Mehr als Worte wirken Werke.

Die Studierenden fügen sich rasch in eine bestimmte Vorbereitung, sobald sie an den Früchten sehen, daß der vorgeschriebene Weg von Erfolg gekrönt ist. Die älteren Klinikbesucher müssen coram publico zeigen, was sie infolge Einhaltens des Studienplanes gelernt haben. Für den Lehrer gibt es kein durchschlagenderes Mittel, das Zutrauen zu seiner Lehrmethode zu wecken, als den Schülern durch die Übernahme der Verantwortlichkeit für ihre Operationen in der Klinik zu dokumentieren, wieviel ihnen in der Zeit späteren selbständigen Arbeitens an Verantwortung zugemutet wird.

Nach der ersten Zange, Wendung, Extraktion, Perforation, Abortausräumung, Plazentarlösung, Blutstillung durch einen Praktikanten vor versammelter Klinik pflegen die in dem Semesteranfang schon begonnenen Vorlesungen und Kurse sich rasch zu füllen, auf Kosten von Lücken, die in den Reihen der Klinikbesucher bemerkbar werden. Die jüngeren Studenten werden bei den pedantischen Übungen an den Phantomen viel freudiger und eifriger, wenn sie ab und zu sehen, daß der klinische Lehrer ihren vorgeschritteneren Kameraden auf Grund dieser Übungen Eingriffe in Wirklichkeit anvertraut, und daß diese bei der Ausführung ihren Mann stellen.

Es kommt gar nicht darauf an, daß jeder alle Eingriffe selbst ausgeführt hat. Wer nur einmal dran gekommen ist, nutzt die gebotene Gelegenheit, in der Klinik zu lernen, viel intensiver aus und hat den Vorteil, daß ihm dieser Ernst noch zu einer Zeit kommt, in dem die Möglichkeit zu lernen bequem ist.

Das Selbstoperierenlassen der Kandidaten hat den Vorteil, daß ihnen und den zusehenden Kameraden die Schwierigkeiten der Eingriffe im richtigen Licht erscheinen, während



das elegante Voroperieren des Lehrers leicht dazu verführt, die Schwierigkeiten zu unterschätzen.

Dem Operateur selbst flößt man den nötigen Respekt vor der Operation ein, nimmt ihm aber die Furcht davor.

Das Operierenlassen der Praktikanten vor der gesamten Klinik ist das mächtigste Mittel, den Unterricht zu beleben und die Anpassung an die Verhältnisse der Praxis zu fördern.

Ich sehe aus rein didaktischen Gründen darauf, daß auf der geburtshilflichen Abteilung alle Narkosen, soweit es geht, von Studierenden mit den einfachsten Mitteln, wie sie in der Praxis zur Verfügung stehen, mit Maske und Chloroformflasche aus freier Hand ausgeführt werden.

Zum Operieren und Narkotisieren in der Poliklinik kann man im Semester vertrauenswürdige Praktikanten schwer bekommen, weil diese Gelegenheit mit einem so großen Zeitaufwand verknüpft ist, daß die Studenten ihren Verpflichtungen gegen die vielen anderen Fächer nicht gerecht werden können.

Ich habe daher noch eine andere Einrichtung getroffen, welche nicht so viel Zeit in Anspruch nimmt wie die Poliklinik und die ich selbst überwachen kann, um den vorgeschrittenen Klinizisten einen Begriff von der Praxis zu geben. Der Kandidat leitet Geburten in einer gewöhnlichen Stube mit dem primitivsten Mobiliar, selbst ausgerüstet mit einem Instrumentarium, wie es ihm später zur Anschaffung empfohlen werden kann, unter Assistenz einer Hebamme mit der ortsüblichen Hebammentasche.

Alles was gebraucht wird, muß der Praktikant verlangen, herbeischaffen und herrichten. Notwendige Operationen werden an Ort und Stelle ausgeführt.

Der Zwang, diese „Bauernstube“ im Milieu der Klinik zu einem Geburtszimmer zu arrangieren, und die Umwandlung desselben Raumes nach der Geburt mit Rücksicht auf die Bequemlichkeit von Wöchnerin und Neugeborenem gibt manche Anregung, die dem Arzt sonst erst in der Praxis kommt, sofern sie nicht überhaupt ausbleibt. Die Einrichtung zwingt zu einer Übung des Gesichtes und führt zu einem Überblick über die Umgebung, Lage und Verhältnisse der Gebärenden, der große Vorteile für die Beurteilung des Falles bringt.

Wenn die Humanität auch mehr Sache des Herzens als des Unterrichtes ist, so möchte ich doch nicht unterlassen, auf die Zweckmäßigkeit einer Anleitung in dieser Richtung bei dem jungen Arzt hinzuweisen, um so mehr, als ich eine unserer gebräuchlichsten Institutionen in dieser Richtung für verfehlt halte, nämlich den Kreißsaal.

Das Entbinden von Frauen in Reihen hinter- oder nebeneinander, in einem großen Raum mit dem Charakter eines Operationssaales, in welchem sich Ärzte, Studenten und Hebammen vor den Augen der Kreißenden zu Untersuchungen und Operationen rüsten, wo eine Gebärende trotz der Wandschirme zusieht und zuhört, wie die andere vor ihr gebiert oder operativ in Narkose entbunden wird, muß für das weibliche Gemüt schrecklich sein. Da dies durch die Einführung von kleinen Entbindungszimmern mit den notwendigen Nebenräumen, ohne dem Unterrichtszweck Abbruch zu tun, vermieden werden kann, so soll man jeder Frau das Recht lassen, allein niederzukommen. (Med. Klinik Nr. 32.)

III. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Original-Bericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 27. November 1908.

Siegfried Reines stellt ein männliches Individuum vor, mit hochgradiger perinealer Hypospadie, gespalten gebliebenem Skrotum und Retention, wahrscheinlich auch Verkümmerung des Hodens und seiner unmittelbaren Anhänge. Für die Männlichkeit sprechen außerdem noch die sogenannten sekundären Geschlechtscharaktere, der Gesichtsbau, die Stimme, die Formation des Kehlkopfes, das Fehlen weiblich ausgebildeter Mammae, die Beckenform, der Typus der Behaarung ad genitale, die starke Behaarung im Gesichte und auf den unteren Extremitäten, endlich das Fehlen von kleinen Labien.

Rudolf Kraus und Stefan Baecher: Über Meningokokkenserum. Das im Wiener serotherapeutischen Institute hergestellte Serum, wurde von dem Redner auf seinen opsonischen Index nach der Methode Neufelds geprüft und konnten tatsächlich Werte gefunden werden, welche die opsonisierende Eigenschaft des Serums deutlich erkennen lassen. Für die Wertbestimmung der Sera in der Praxis ist sie aber viel zu umständlich. Redner gibt nun eine neue Methode an, die einfacher ist und genaue Resultate liefert. Diese Methode ist eine Modifikation des Pfeifferschen Peritonealversuches. Welcher Faktor, ob die antitoxische oder die opsonische Kraft des Serums bei der Heilung, mehr in Frage kommt, ist vorderhand nicht zu bestimmen. Wichtig ist, daß man solche Körper, welche man als therapeutisch wirksam annehmen kann, im Meningokokkenserum nachweisbar sind und bestimmt werden können. Therapeutische Versuche in Kinderspitälern ergaben ziemlich günstige Resultate. Zirka zwei Drittel der injizierten Fälle konnten geheilt werden.

Ferdinand Alt demonstriert ein 17jähriges Mädchen, bei welchem er einen rechtseitigen Schläfelappenabszeß operiert hat. Das Mädchen litt seit zehn Jahren an einer rechtseitigen Mittelohr- und Antrumeiterung und konnte sich aber zu einer Radikaloperation erst vor einigen Monaten entschließen. Der Verlauf war bis zum neunten Tage ein ausgezeichneter, an welchem die Patientin plötzlich bewußtlos wurde und einen epileptischen Anfall bekam, der sich noch dreimal wiederholte. In den weiteren Tagen Besserung, bis am 15 Tage nach der Operation außerordentlich heftige Schmerzen in der rechten Kopfhälfte, Apathie, später Somnolenz und eine Temperatursteigerung bis 38·4° auftraten. Gleichzeitig konnte ein Zurückbleiben des Mundastes des linken Nervus facialis, Druckschmerzhaftigkeit in der Nackengegend, gesteigerte Hautsensibilität und sehr ausgeprägtes Kernigsches Symptom nachgewiesen werden. Der Augenhintergrund war normal. Die Wundhöhle wurde wieder eröffnet, die neugebildeten Granulationen ausgeräumt und das ganze Tegmen tympani et antri weggemeißelt. Die Dura, welche in kronengroßer Ausdehnung freilag, wölbte sich vor und war äußerlich unverändert. Im Schläfelappen fand sich in einer Tiefe von 1 *cm* ein Abszeß, aus dem ein überaus putrider Eiter in einer Menge von etwa zwei Kaffeelöffeln hervorquoll. Das Heilverfahren dauerte 7 Wochen.

Julius Tandler und Otto Zuckerkandl: Zur Anatomie und Ätiologie des Hydroureters bei Prostatahypertrophie. Die in vielen Fällen von Prostatahypertrophie vorkommende Erweiterung der oberen Harnwege hat ihre Ursache nicht, wie dies allgemein gelehrt wird, in der vesikalen Harnstauung, sondern in einer Strikturierung des Ureters durch das Vas deferens, welche durch die veränderte Topographie dieser beiden Gebilde herbeigeführt wird. Bei der Hypertrophie des Lobus medius prostatae kommt es zur Hochlagerung des Trigonum vesicale, ohne daß die Eintrittstelle des Vas deferens in die Prostata an diesem Verschiebungsprozesse gleichmäßig beteiligt wäre. Das Blasenende der Harnleiter wird hiedurch gehoben, während das Endstück des Vas deferens in situ bleibt. Es kommt dementsprechend zur Schlingenbildung resp. zur Knickung des Ureters an seiner Kreuzungsstelle mit dem Vas deferens. Durch die Breitenausdehnung der Blase, wie sie bei alten Personen physiologischerweise schon vorhanden ist, bei Prostatikern noch in gesteigertem Maße beobachtbar wird, wird das Vas deferens in seiner Lage fixiert und kann daher dem Zuge des Ureters nicht folgen. Die renale Harnstauung ist von der vesikalen unabhängig und beginnt jenseits der Blase, dort wo der Harnleiter vom Vas deferens gekreuzt und komprimiert wird. Vesikale und renale Harnstauung brauchen ihrem Grade nach nicht übereinzustimmen. Die Neigung der oberen Harnwege, eiterig infiziert zu werden, ist bekannt. Auch braucht die Infektion der oberen Harnwege durchaus nicht immer aszendiert zu



sein. Es kann sich ereignen, daß die oberen Harnwege allein hämatogen infiziert sind, wenn die Blase noch aseptisch ist oder mit dem Katheter infiziert wurde. Die Infektionen von Blase und Niere brauchen beim Prostatiker weder ihrer Entstehungsweise, noch ihrer Intensität nach übereinzustimmen. Was die Therapie anlangt, so wäre die Durchschneidung des Vas deferens in bestimmten Fällen vielleicht geeignet, mit der Erleichterung des Harnablaufes aus den Nieren schwere Symptome im Krankheitsbilde zu beseitigen.

Oskar Semeleder spricht über eine neue Theorie der Entstehung des erworbenen Platt- und Klumpfußes. Redner weist auf die Tatsache hin, daß ein auf einem Fuße stehender Mensch mit fixiertem Hüft- und Kniegelenke, ohne umzufallen, in den Sprunggelenken nur eine Bewegung ausführen kann; es ist dies eine Drehbewegung des Beines um eine ungefähr senkrechte Achse. Diese verläuft einerseits durch den Schwerpunkt, andererseits durch einen Punkt am hinteren Fersenrande. Es kommt zu einer Rotation des Beines, resp. Torsion des Fußes um diese exzentrisch gelegene Achse. Bei Forcierung dieser Drehbewegung entstehen die ersten Symptome des beginnenden Plattfußes. Der Innenrand des Fußes wird konvex, der Außenrand konkav, der Fußrücken wird breiter. Die exzentrische Rotationsbewegung, welche die Deformität einleitet, braucht nicht durch die Annahme einer sogenannten habituellen Stellung erklärt werden, da diese ja auch in den meisten Fällen durch die einwirkenden Kräfte erzwungen ist. Diese Erscheinung entspricht vielmehr einem gesetzmäßigen Verhalten, elastischer, um exzentrische Achsen drehbarer Massen bei Kompression (Stauchung, Belastung) in der Richtung dieser Achsen. Redner weist an einem mehrfach winkelig gebogenen elastischen Stabe, dessen Biegungen dem Hüft-, Knie- und Knöchelgelenke entsprechen sollen, nach, daß entgegen der allgemeinen, auf mechanische Lehren gegründeten Ansicht, bei der Belastung die Kniebiegung auch dann geringer wird und sich streckt, wenn die Druck- oder Schwerlinie hinter das Knie fällt. Für den erworbenen Klumpfuß hat dieselbe Theorie zu gelten. Auch hier Schwächung des Hebels durch exzentrische Rotation, dadurch Knickung des Hebels mit Inflexion des Fußes. Durch laterale Verlagerung des Hypomochlions Rollung des Fußes im Sinne der Supination bis zur vollständigen Umkehrung.

Moriz Benedikt weist darauf hin, daß die Gelenke nicht so einfach konstruiert sind, wie Vorredner es angenommen hat. Sind doch die meisten Gelenke sogenannte Zahngelenke.

i. m.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Innere Sektion.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

Sitzung vom 5. November 1908.

Karl Bondy demonstriert eine Frau, die auf Adrenalininjektionen wegen hochgradiger Osteomalazie Anfälle von Tetanie bekam. Vortr. weist darauf hin, daß das im Organismus produzierte Adrenalin vielleicht eine Beziehung zur Tetanie haben könnte.

Karl Wirth stellt einen 14jährigen Knaben mit Hämophilie vor. Seit mehr als einem Monate blutet er wiederholt heftig aus Nase, Rachen und Zahnfleisch und zeigte zahlreiche Hämorrhagien am Körper. Gelatine, Adrenalin und Ergotin hatten nur einen unvollkommenen Erfolg, dagegen hörten die Blutungen nach Seruminjektion (Diphterieheilserum) auf.

Hermann Schlesinger bestätigt die gute Wirkung der Seruminjektion.

Walter Zweig stellt zwei Männer mit intermittierender Ektasie des Magens vor. Die Patienten zeigen durch einige Wochen oder Monate eine absolute Insuffizienz des Magens, Speisen vom Vortage werden erbrochen, der Magen ist dilatiert. Dann hören plötzlich alle Beschwerden auf und Pat. ist bei jeder beliebigen Diät gesund, bis schließlich wieder eine Periode der Insuffizienz eintritt. Die Ursache des Leidens ist eine spastische Kontraktion des Pylorus, welche zur Ektasie und Hypertrophie der Muskulatur des Magens führt. Der Spasmus kann vielleicht nervös oder durch kleine Rhagaden am Pylorus verursacht sein. Die Therapie besteht in flüssiger Diät, Magenspülungen, Ölkur.

Emil Schwarz erwähnt die öfters vorkommende Inkoordination in der Funktion der Magenmuskulatur, so daß der Spasmus sich dann einstellt, wenn der Pylorus sich öffnen soll.

Theodor Escherich ist der Ansicht, daß der Pylorusspasmus bei Säuglingen relativ viel häufiger als bei Erwachsenen vorkommt. Der Pylorusspasmus beim Kinde wird vielleicht durch schlechte Beschaffenheit der Milch ausgelöst.

Rudolf Schmidt meint, daß in den vorgestellten Fällen ein stenosierender Prozeß hier nicht auszuschließen ist; gegen diese Ansicht sprechen erfahrungsgemäß nicht die freien Intervalle.

Walter Zweig erwidert, daß es selbstverständlich schwer ist, eine organische Störung am Pylorus auszuschließen, doch scheint eine solche in den vorgefallenen Fällen nicht vorzuliegen, da die Genesung plötzlich einsetzt und auch durch Diätfehler nicht gestört wird.

Rudolf Fleckseder demonstriert Blutpräparate und den Milztumor eines Falles von myeloider Leukämie, bei dem eine chronische Tuberkulose der mediastinalen Lymphdrüsen zu einer subakuten miliaren Aussaat in Peritoneum, Leber, Milz, Knochenmark, spärlicher in Lungen und Nieren geführt hatte.

Hermann Schlesinger berichtet über einen Fall von Hämatemesis bei Typhus. Man kann annehmen, daß die Hämatemesis durch Toxinwirkung entsteht, welche zu abnormer Durchlässigkeit der Gefäße führt. Vortragender hat bereits früher von zwei analogen Fälle berichtet.

Maximilian Weinberger demonstriert das anatomische Präparat eines Falles von Stenose des Aortenostiums, des Aortenisthmus und der Val. bicuspidalis nebst offenem Foramen ovale.

Lothar Frankl-Hochwart spricht über die derzeit in Wien herrschende Epidemie von Poliomyelitis anterior und berichtet über 9 Fälle, die er beobachtet hat. Manchmal wurde die Erkrankung auf eine Trauma zurückgeführt, sie ging meist mit Schmerzen, zerebralen Symptomen und transitorischer Blasenstörung einher. Bemerkenswert ist, daß öfters Hirnnerven befallen wurden.

Maximilian Weinberger hat ebenfalls ein Kind mit Poliomyelitis beobachtet, welches ausgesprochene zerebrale Symptome, Nackensteifigkeit, Kernigsches Symptom, Schmerzen in den Extremitäten und durch einen Tag Fieber gezeigt hatte.

Escherich bestätigt das Bestehen einer Epidemie von Poliomyelitis. Die Fälle aus derselben unterscheiden sich klinisch von den sporadischen Fällen, insbesondere durch die häufige Kombination mit enzephalitischen und schweren meningealen Symptomen. Sehr oft trat auch Fazialislähmung hinzu.

i. m.

IV. Aus der Praxis.

Eubornyl, ein Präparat, das seiner chemischen Zusammensetzung nach der bromierten Isovaleriansäure-Borneolester ist und welches zu $33^1/_2\%$ in Spiritus gelöst, eine wasserklare Flüssigkeit von stark aromatischem Geruch und Geschmack darstellt, wurde von Dr. Karl Zingher an dem reichlichen Krankenmateriale des Arbeiterkrankenhauses in Ebergassing auf seine therapeutische Wirkung bei Hysterie, Neurasthenie usw. nachgeprüft. Zingher war mit den erzielten Resultaten überaus zufrieden und konnten bei allen jenen Neurosen eine günstige Wirkung erzielen, bei denen Brom und Valeriansäure indiziert ist. Verordnet wurde das Eubornyl (Fabrikanten: Lüdy & Co., Burgdorf, Schweiz) in Tropfenform drei- bis viermal täglich 20 Tropfen. Auch bei psychischen Aufregungszuständen organischer Natur, dürfte die Verordnung von Eubornyl von Vorteil sein. (Wiener klin. Rundschau Nr. 37, 1908.)



Über Mergal und seine Wirkung. Für die interne Syphilistherapie stellt Vorschulze als Voraussetzung die Forderung eines Präparates auf, welches „frei ist von Schädlichkeiten, dabei aber energisch wirkt und konstant resorbiert wird“. Ein solches Mittel erblickt er im Mergal, einer Verbindung der Chlorsäure mit Quecksilberoxyd, welcher Albuminum tannicum hinzugefügt ist. Die vom Verfasser mitgeteilten neun Luesfälle, gingen unter Mergalbehandlung ohne Zwischenfälle in Heilung über. Als wesentlichen Vorzug der Mergalbehandlung gegenüber den Inunktions- und Injektionskuren betrachtet Verfasser das Fehlen von Nebenwirkungen auf Verdauungsapparat und Nieren sowie die Einfachheit und Diskretion der Behandlung. (Repertorium der praktischen Medizin, Jahrg. V, 1908, Heft 9.)

V. Notizen.

Wegen Alkoholismus (Säuferwahns) wurden nach dem soeben veröffentlichten Heft 203 der „Preußischen Statistik“ in sämtlichen preußischen Anstalten für Geisteskranke usw. im Jahre 1905 verpflegt: 3849 Personen (Bestand am 1. Jänner 1905 842, Zugang 3007), worunter fast 9% Frauen, 1902 betrug die Zahl der aus dieser Ursache Verpflegten noch 1459. Von Interesse ist es, die einzelnen Berufsarten ins Auge zu fassen; am meisten vertreten war die Gruppe „Häusliche Dienste“ mit 683 Personen, Handelsgewerbe 382, Baugewerbe 275, Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht 217, „Militär-, Hof-, bürgerlicher und kirchlicher Dienst, auch sogenannte freie Berufsarten“ 161, Verkehrsgewerbe 160, Metallverarbeitung 147. Die Gruppe Beherbergung und Erquickung stellte 125, die Gruppe Nahrungs- und Genußmittel 115 solcher Patienten. In der Gruppe Verkehrsgewerbe war das Fuhrwesen (ausschließlich Omnibusbetrieb, Kutscher usw.) mit 84, die Post mit 32, die Eisenbahn mit 20 Personen beteiligt, in der Gruppe Militärdienst u. s. f. die „Subalternbeamten“ und „Unterbeamten“ mit zusammen 42, höhere Beamte mit 23, Lehrer und Lehrerinnen ebenso, Musiker mit 18. Auch die Ärzte stellen kein geringes Kontingent mit 11 Patienten. Von den männlichen und weibliche Pfleglingen wurden je etwa $^1/_4$ als „geheilt“, etwa $^1/_3$ als „gebessert“ entlassen.

Marcel Prévost, **Die junge Frau** (Lettres à Françoise mariée). Die moderne Frau, 2. Band. Umschlagzeichnung von F. von Reznicek. Preis geheftet 4 Mark, in Leinen gebunden 5 Mark. Verlag von Albert Langen in München. Dieses neue Werk Marcel Prévosts bildet die Fortsetzung von dessen berühmten Buche „Die Jungfrau“. Es wird ihm auch an Erfolg nicht nachstehen. Und wie „Die Jungfrau“ zum Brevier des jungen denkenden Mädchens von heute geworden ist, so wird „Die junge Frau“ ein Vademekum der modernen Frau werden; aber — dafür bürgt schon der Name des Verfassers — kein trockener Ratgeber mit einem Wortregister, das man aufschlägt, um dann prompt eine fertig gebackene Antwort auf eine „Lebensfrage“ zu erhalten: „Die junge Frau“ ist ein Buch, das sich liest wie ein guter, interessanter Roman, eine Lektüre, bei der man sich nie langweilen wird. Aber hinter der spielenden, amüsanten Form verbirgt sich der beste Kenner der modernen Frauenseele; aus diesem Buche spricht ein feiner, hochkultivierter Geist, kein grauer Theoretiker, sondern ein Mann von Welt, der das Leben kennen gelernt hat, der ihm nachgegangen ist bis in seine tiefsten Tiefen. Und so gibt er aus einer reichen Erfahrung heraus Antwort auf alle Fragen des Lebens, die an die junge denkende Frau des 20. Jahrhunderts herantreten können. Prévost sagt uns, welche Rechte und Pflichten die junge Frau in der Ehe hat, was was sie tun soll, um ihren Mann immer an sich zu fesseln; sollte er aber doch straucheln — wie sie sich zu verhalten habe, um ihn wieder für sich zu gewinnen. Er spricht von ihrer Toilette, von der Einrichtung der Wohnung, vom Familienleben, von der Gesellschaft, kurz, von allen Dingen, die zu wissen für eine junge Frau gut und wertvoll ist, damit sie das werde, was unserer Zeit frommt, eine körperlich und geistig gesunde, vorurteilsfreie, dem Manne gleichstehende Gefährtin und Kameradin.

Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt“

oder der

„Medicinischen Blätter“

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.

Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.



WIEN. XXXI. Jahrgang. LEIPZIG.

Pränumerationspreise: Mit direkter Zusendung durch die Post für Oesterreich-Ungarn ganzjährig K 20·—, halbjährig K 10·—. Für Deutschland ganzjährig 20 Mark. Für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig 25 Francs. Mit Beilage: „Österreichische Krankenpflege-Zeitung" oder „Therapeutisches Zentralblatt" ganzjährig K 28, halbjährig K 14, vierteljähr. K 7.

Redaktion u. Administration: XIX/1, Billrothstrasse 47. Telephon Nr. 3511/IV. Postsparcassen-Conto Nr. 839.072. Clearing-Verkehr.

Medicinische Blätter.

Wochenschrift für die gesammte Heilkunde.

Organ des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Herausgegeben und redigiert von Universitätsprofessor **Dr. S. Klein** und **Dr. J. Meisels.**

Im Kommissionsverlage der Buchhandlung Gustav Fock, Gesellschaft mit beschränkter Haftung in Leipzig.

Man pränumerirt für Oesterreich-Ungarn im Bureau der Medicinischen Blätter WIEN XIX/1, Billrothstrasse 47, für alle übrigen Länder bei der Buchhandlung Gustav Fock in Leipzig, sowie bei allen Buchhandlungen und Postämtern.

Inserate laut Tarif durch Zitters Zeitungsverlag und Annoncen-Expedition Wien XIX/1, Billrothstrasse 47. Manuscripte werden nicht zurückerstattet.

Nr. 52. Wien, 26. Dezember 1908. **Nr. 52.**

INHALT:

Für die Redaktion bestimmte Zusendungen (Manuskripte, Briefe usw.) sind an Dr. J. Meisels, VIII. Josefstädterstraße 27 (Telephon 13213) zu senden.

Allgemeines über medizinische Diagnostik.

Von **Dr. Fr. Schmidt,** Badenweiler.

Der gewaltige Aufschwung, den die pathologische Anatomie und die Bakteriologie dank genialer Forschungs- und emsiger Kärrnerarbeit im vergangenem Jahrhundert genommen hatten, rückte diese Disziplinen naturgemä ßin den Vordergrund der medizinischen Wissenschaft. In ihrem Lichte und ihrem Schatten bewegten sich daher auch die Anschauungen und Betrachtungen der Klinik; besonders die interne Diagnostik war es, welche durch diesen Einfluß in bestimmte Bahnen gelenkt wurde.

Die Fragestellung lautete: Durch welche anatomischen Veränderungen ist der vom gesunden abweichende Zustand im vorliegenden Falle bedingt und welches ist die Ursache dieser (anatomischen) Veränderungen?

So fundamental bedeutungsvoll, so schwierig in ihrer Totalität zu beantworten die Fragen auch sein mögen, so bilden sie doch nur einige Glieder in der Kette von Fragen, die ein Krankheitsfall, „das Experiment der Natur". uns vorlegt. Die Fülle der Erkenntnisse, welche Sektionstisch und Mikroskop in rascher Folge erschlossen, ließ zunächst die Einseitigkeit in solcher diagnostischer Fragestellung übersehen. Die neuen Errungenschaften konzentrierten fast alles Interesse auf sich; die Medizin befand sich in der pathologisch-anatomischen (und später bakteriologischen) Ära. Daß zwischen durch, vom Anfang der genannten Entwicklung an, sich auch physiologische Gesichtspunkte geltend machten, soll nicht geleugnet werden. Doch diese waren nur vereinzelt und vermochten den Charakter des Gesamtbildes nicht wesentlich zu beeinflußen. Gründe: Die Physiologie und physiologische Pathologie haben zu ihrer Voraussetzung die anatomischen Wissenschaften und mußten schon deshalb erst später zur Wirkung gelangen. Und dann: Der Geist der Physiologie ist weniger leicht zu fassen, der richtige Pfad wegen der Vieldeutigkeit und Verkettung der physiologischen Erscheinungen nur schwer zu finden und zu bewahren.

Allmählich, zunächst nur unvermerkt, kommen auch die Stimmen der Physiologie in der medizinischen Diagnostik zur Geltung und ergänzten die frühere wesentliche Fragestellung: In welchem Grade sind der kranke Organismus und dessen Organe noch funktionsfähig? Durch welche Vorgänge wird dieses erreicht?

Durch dergleichen Überlegungen wurden auch die Brücken zu einer Prognose, die nicht nur auf roher Empirie fußt und zu einer erfolgverheißenden experimentellen Therapie geschlagen.

Neue Fragen bedürfen zu ihrer Beantwortung auch neuer Wege; um die Funktion der Organe zu prüfen, mußten besondere Methoden ausgearbeitet werden. Ein neues unübersehbares Feld der Forschung! Eine kritische zusammenfassende Darstellung des tatsächlich Erreichten, eine Sichtung der wahrscheinlich zum Ziele führenden Wege von den Sackgassen fehlt uns bis heute, zum Teile vielleicht wegen der Verschiedenheit der zu bearbeitenden Gebiete und dann wohl, weil noch verhältnismäßig wenig definitive Abschlüsse erreicht sind.

So wertvolle und zahlreiche Beiträge zur Funktionsprüfung z. B. des Herzens, des Darmes, der Nieren, der Leber usw. geliefert worden sind, so dürfen wir uns doch nicht verhehlen, daß wir noch auf schwankendem Boden stehen. Zu einem gewissen Abschluß ist die funktionelle Diagnostik bisher nur auf zwei Gebieten gelangt: Auf dem des Diabetes und dem der Magenkrankheiten*).

Bei ersterem gewährt uns die Toleranzbestimmung und die Untersuchung der übrigen Stoffwechselverhältnisse eine sonst kaum erreichte Exaktheit in der Beurteilung der Krankheitsbilder.

Die letzteren wurden dank der ingenieusen Idee Leubes, die Magensonde zu diagnostischen Zwecken anzuwenden, am frühesten der funktionellen Untersuchung unterworfen und wurden schon deshalb uns in Anbetracht der einfachen Methodik in weitgehendem Masse erschlossen.

Sitzungsbericht des Zentralverbandes der Balneologen Österreichs.

Am 14. d. M. hielt der genannte Verein seine diesjährige, mit den außerordentlichen Mitgliedern gemeinsame Versammlung ab. Die außerordentlichen Mitglieder des Verbandes sind nämlich jene Nichtärzte, welche als Quellenbesitzer oder Vertreter, Leiter oder Vorstände von Bade- und Kurorten, Heilanstalten und dergleichen dem genannten Verbande ange-

*) Die Neuropathologie und Psychiatrie fallen nicht in den Rahmen unserer Betrachtung, die nur der intern medizinischen Diagnostik gewidmet ist.



hören. Statutengemäß muß alljährlich eine, den wirtschaftlichen Interessen der gedachten Gruppen gewidmete Beratung der einschlägigen Materien vorgenommen werden. Die erste derartige Sitzung fand im Jänner 1907 statt, die zweite am oben genannten Datum. An beiden Sitzungen nahmen nebst den ordentlichen (Ärzten) und außerordentlichen (Nichtärzten) Mitgliedern auch Delegierte der Behörden teil. Diesmal waren das k. k. Ministerium des Innern durch Sektionschef Exzellenz Freiherr v. Hein, das k. k. Arbeitsministerium und das k. k. Eisenbahnministerium durch seine Abgesandten vertreten, ebenso die k. k. n.-ö. Statthalterei durch Statthaltereirat Dr. Netolitzky. Das k. k. Ackerbauministerium hat sein Fernbleiben in einem eigenen Schreiben entschuldigt. Den Vorsitz in der Versammlung führten abwechselnd der Präsident Hofrat Winternitz und der erste Vizepräsident Professor Dr. Klein und der zweite Vizepräsident Professor Dr. Kisch aus Prag-Marienbad.

Der Abend vereinigte die Beteiligten bei einem zu Ehren der Ehrenmitglieder des Zentralverbandes veranstalteten heiteren Geselligkeitsfeste, welches sehr angenehm und animiert verlief.

Der Inhalt der Vorträge ist im folgenden kurz skizziert wiedergegeben; ein Teil der Vorträge wird in extenso in unserem Blatte mitgeteilt.

I. Die Beziehungen der balneologischen Wissenschaft und kurärztlichen Tätigkeit zur Prosperität der Kurorte.

Von Privatdozent Dr. L. Wick.

Die balneologische Wissenschaft ist keine einheitliche; einen Teil des Wissens bezieht sie aus der Physik, Chemie, Geologie, einen anderen aus der Physiologie und Pathologie. Jeder Fortschritt in diesen Wissensgebieten tangiert die Berufssphäre des Kurarztes und zugleich die Interessen der Kurorte. Für die Entwicklung eines Kurortes ist maßgebend die wissenschaftliche und literarische Tätigkeit seiner Ärzte; diese verbürgt den Erfolg der Maßnahmen der Kurverwaltung. Beispiele hiefür liefern fast alle größeren Kurorte. Angesichts der mannigfachen und stets sich vermehrenden Kurmittel physikalischer Natur ist darauf Bedacht zu nehmen, daß dem Kurort die Beschaffenheit seiner Heilquellen den ihm eigentümlichen Charakter verleiht und liegt der Fortschritt in der Entwicklung und Ausnützung seiner natürlichen Heilschätze. Der Kurarzt ist Spezialist für seinen Kurort, es ist für diesen aber auch vorteilhaft, wenn ein Kurarzt in einer einzelnen Krankheit, die zu den Indikationen des Kurortes zählt, Hervorragendes leistet. Zum Gesamtbild der kurärztlichen Tätigkeit gehört aber noch weiter die Initiative und Tätigkeit bezüglich der hygienischen Verhältnisse, die Vereinigung der Kurärzte zu wissenschaftlichen Gesellschaften, insbesondere zu Kongressen, ihr steter Kontakt mit den medizinischen Autoritäten und praktischen Ärzten. Um diese Gesamttätigkeit, insbesonders die literarische, zu ermöglichen und zu fördern, bedarf es sowohl lokaler Laboratorien als auch eines zentralen balneologischen Instituts. Erst letzteres würde auch den Unterricht in der Balneologie zu einem praktischen und nicht bloß für die Ärzte, sondern auch für die Kurorte nutzbringenden gestalten.

II. Bau und Betrieb von Badeanstalten.

Von Stadtbaudirektor F. Drobny in Karlsbad.

Kurze Inhaltsangabe:

1. Geschichtliche Einleitung. Die Heilbäder bei den alten Völkern, bis zur Gegenwart.
2. Bauprogramm. Art der zu schaffenden Badeanlagen.
3. Wahl und Größe des Bauplatzes.
4. Disposition der Anlagen: Bauliche Anlage und Beispiele für *a)* Mineralbäder; *b)* Gas und mit Kohlensäure verstärkte Gasbäder; *c)* Moor- und Schlammbäder. Entwicklung der Konstruktion aus dem Betriebe. Gewinnung des Moores. Prüfung und Verwendung desselben. Handbereitung und maschinelle Bereitung der Moorbäder. Moorabfuhr. Bauliche Anlage der Moorbadzellen und der Ruheräume; *d)* Moorumschläge; *e)* Fangopackungen; *f)* Elektrische Wasserbäder; *g)* Elektrische Lichtbäder; *h)* Dampfkastenbäder; *i)* Heißluftapparate; *k)* Römisch-irisch-russische Bäder; *l)* Kaltwasserkuranlagen; *m)* Inhalationsanlagen; *n)* Pneumatische Kammern; *o)* Spezialbäder; *p)* Heilgymnastik und Massage.
5. Die Räume für den Verkehr des Publikums.
6. Die Räume für den Betrieb.
7. Die maschinellen Anlagen. Betrieb derselben. Bekämpfung der Rauchplage.
8. Die Reservoiranlagen.
9. Die allgemeine Installation mit Rücksicht auf Betrieb und Erhaltung.
10. Die architektonische Durchbildung.
11. Die Baukosten.
12. Zusammenfassung.

Korreferat.

Von Dr. Arthur Loebl, k. k. Bade- und Brunnenarzt in Dorna.

1. Zuständigkeit des Balneologen bei dem Baue und dem Betriebe von Heilbadeanstalten.
2. Verantwortlichkeit des Anstaltsarztes bezüglich der Ausbildung und Überwachung des Badedienerpersonals.
3. Einflußnahme des leitenden Arztes auf die Ausgestaltung der den allgemeinen Krankendienst betreffenden Maßnahmen.
4. Umfang der dem leitenden Arzte innerhalb der Verwaltung zu gewährenden Selbständigkeit.
5. Dienstinstruktion behufs Festlegung der Pflichten und Rechte des Anstaltsarztes im Verwaltungsorganismus der Heilbadeanstalt.

III. Zur Verbesserung der Kommunikationsverhältnisse und der Krankenbeförderung zu, von und in den österreichischen Kurorten.

Von Privatdozent Dr. K. Ullmann.

Der Vortragende erörtert die Bedeutung der Frage der Krankenbeförderung zu den Kurorten und innerhalb derselben zunächst vom Gesichtspunkte der Hebung der Besuchsfrequenz und Konkurrenzfähigkeit des österreichischen Kurwesens mit dem ausländischen.

Die derzeitigen Verhältnisse des Kommunikationswesens lassen mehrfache Wünsche als berechtigt zum Teil als dringlich erscheinen, deren Erfüllung zum großen Teil von den Bahnverwaltungen zum Teil auch von den Kurorten ins Werk gesetzt werden könnte. Diese Wünsche beziehen sich 1. auf die Beförderung von Kranken, welche eine besondere Rücksichtnahme erfordern, 2. auf Verkehrserleichterungen für die in Kurorte Reisenden.

Ad. 1. Erscheint notwendig die Schaffung oder Adaptierung geeigneter Sanitäts- oder Krankenbeförderungswagen. Halb- oder ganze Coupés I. und III. Klasse sollten mietbar sein durch Lösung zweier respektive vier Fahrkarten der entsprechenden Wagenklasse mit Fahrberechtigung für 2 beziehungsweise 3 Personen, zumal von den Grenzen her gegen Vorausbestellung. Bis zur Herstellung eigener Sanitätswaggons könnte eine Adaptierung schon bestehender Wagen nach Modell Dr. Charas vorgenommen werden. Anforderungen an diese Coupés, an die Bedienung derselben durch eine eigene Person. — Benützung derselben abhängig von ärztlicher Bescheinung ob die Krankheit intektiös oder nicht. Zollrevision im Coupé selbst. Desinfektion solcher Waggons nach dem bei den Pullmannschen Zügen in Amerika bestehenden Verfahren. — Vorsorge für geschulte Träger, Tragsessel und Krankenwagen auf den Bahnhöfen. Demonstration.

Ad. 2. Übersicht der von den bedeutendsten österreichischen Kurorten auf Grund eines Rundschreibens eingelaufener Wünsche betreffs Verbesserung der Bahn- und Schiffsanschlüsse. Betreffend Staatsbahnen: Bad Kreuzen, Freiwaldau, Gräfenberg, Bad Hall O.-Ö., Gmunden, Veldes, Karls-



bad, Villach. Aussig-Teplitzer Bahn: Teplitz—Schönau. Österr.-ung. Staatseisenbahngesellschaft: Deutsch-Altenburg, Luhatschovitsch. Südbahn: Baden, Vöslau, Gleichenberg, Meran, Tüffer, Rohitsch, Pörtschach, Levico, Villach. Buschterader Bahn: Klösterle, Franzensbad, Karlsbad, Krondorf. Seebäder: Abbazia, Portorose, Lussin piccolo, Ragusa.

IV. Die Wichtigkeit einer verläßlichen Milchkontrolle für Kurorte und die Maßnahmen zur Erreichung derselben.

Von Tierarzt Hans Messner, Schlachthofdirektor, Karlsbad.

1. Die große Bedeutung, welche der Milch als diätetisches Nahrungsmittel, speziell in Kurorten, zukommt, erheischt dringend die Einrichtung einer gutgeleiteten Milchkontrolle in diesen Orten mit geschultem Personale und entsprechenden Arbeitsräumen.

2. Die regelmäßigen Untersuchungen der Milch haben sich nicht nur auf den Fettgehalt und die Verfälschung mit Wasser, sowie den Zusatz von Konservierungsmitteln zu erstrecken, sondern ist ein besonderes Augenmerk auch dem Schmutzgehalte der Milch zuzuwenden und durch Ausführung der Leukocytenprobe nach Milch euterkranker Tiere zu fahnden.

3. Die Regierung wäre aufzufordern: *a)* Den Handel mit Milch nur für sich allein oder höchstens in Verbindung mit Backwaren zu gestatten; *b)* für den Transport von Handelsmilch auf weiten Strecken Eispackung vorzuschreiben und die Abgabe solcher Milch nur in plombierten Gefäßen anzustreben; *c)* jede Bezeichnung von Milch und Milchhandlungen, welche geeignet ist, das Publikum hinsichtlich der Eigenschaften der Milch irrezuführen, zu verbieten; *d)* in den Milchproduktionsgebieten der Kurorte eine regelmäßige tierärztliche Kontrolle der Stallungen zu organisieren, welche sich nicht nur auf den Gesundheitszustand der Tiere, sondern auch auf die Stall- und Futterverhältnisse zu erstrecken hätte.

4. Die Kurorte haben die Pflicht auch für solche Milch zu sorgen, welche der Arzt mit ruhigem Gewissen zum Genusse im rohen Zustande empfehlen kann. Bei der Gewinnung derartiger Milch ist besonders zu berücksichtigen, daß: *a)* der Gesundheitszustand der Kühe in möglichst kurzen Intervallen tierärztlich überwacht werde; *b)* die Stall- und Futterverhältnisse günstig gestaltet werden; *c)* bei der Milchgewinnung mit peinlichster Sauberkeit vorgegangen, die Milch so rasch als möglich tief gekühlt werde und in diesem Zustande bis zu ihrer Abgabe verbleibe; *d)* alle in Verwendung befindlichen Geräte vor jedesmaligem Neugebrauche zu sterilisieren sind.

5. Mit Rücksicht auf die nachgewiesene, leicht mögliche Verschleppung von Infektionskrankheiten durch Milch, wären anzustreben: *a)* die verschärfte Anzeigepflicht für Infektionskrankheiten in der Umgebung der Kurorte; *b)* die Einstellung der Milchabgabe aus infizierten Gehöften bis zur vollständigen Beendigung des Krankheitsverlaufes und amtsärztlich durchgeführten Desinfektion; *c)* die Errichtung von Untersuchungsstellen für Blutproben zwecks möglichst frühzeitiger Stellung der Diagnose bei Typhus.

V. Die Straßenwirtschaft in Kurorten.

Vom Stadtbaudirektor F. Drobny in Karlsbad.

Kurze Inhaltsangabe:

1. Die Art der Straßenbefestigungen: Makadamstraßen — Kopfsteinpflaster — Reihensteinpflaster — Asphaltpflaster — Holzstöckelpflaster.

2. Art der Trottoirbefestigungen: Randsteine — Granitplatten — Kopfsteine — Zementplatten — Schmirgelzementplatten — Klinker — Asphalt — Besandete Promenaden.

3. Vergleich der Pflasterarten: Art der Anwendung — Zulässige Steigungen — Zweckmäßigkeit, Vor- und Nachteile — Verkehrssicherheit — Verkehrsgeräusch — Kosten.

4. Die Abnützung der Straßenbahnen: Durch Pferde, Wagen, Automobile usw.

5. Die Unterhaltung der Straßen.

6. Die Reinigung der Straßen: Straßenkehrer — Kehrichtabfuhr — Straßensprengen — Straßenwaschen — Maschinen und Geräte zur Straßenreinigung.

7. Hygienische Gesichtspunkte. Die Bekämpfung des Staubes. *a)* Bei gepflasterten Straßen; *b)* bei Makadamstraßen. Besprengung mit wasserlöslichen Ölen und Salzen usw. — Oberflächenteerungen — Einbaumittel in die Straßendecke Teermakadam — Teerpechmakadam — Teerasphaltmakadam.

8. Die Kosten der Erhaltung, Straßenreinigung, Straßenbesprengung, des Straßenwaschens, Straßenkehrens, der Kehrichtabfuhr und der Staubbekämpfung.

9. Zusammenfassung.

Die 80. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter“.

J. Riehl sprach über: Experimentelle Untersuchungen über den Venenpuls. Bei alleinigem Schlagen des Vorhofes und Kammerstillstand (Vagusreizung) ist blos die erste der drei Wellen, die man sonst am Venenpulse erhält, schön ausgeprägt. Schlagen umgekehrt blos die Kammern bei Vorhofstillstand, so sind blos die letzten zwei Erhebungen des Venenpulses vorhanden, die Vorhofwelle fehlt. Wegen ihrer größeren Empfindlichkeit wendet Riehl die Trichtermethode an, denn bei den Manometeraufnahmen kommt die zweite Welle sehr häufig gar nicht zum Ausdrucke. Trotzdem ist diese zweite Welle keine Karotiswelle, sondern eine echte venöse Welle; dafür sprechen u. a. folgende Gründe: die Welle bleibt auch nach Abbindung der Karotis bestehen, sie ändert sich ferner unter pathologischen Verhältnissen, ganz unabhängig von dem Arterienpulse, so z. B. wird bei Vagusreizung der Arterienpuls sehr klein, die zweite Welle aber sogar vergrössert, ähnlich bei Abklemmung der Pulmonalarterie, beim Herzalternans usw. Bei hochgradiger Trikuspidalklappeninsuffizienz sieht man in Form einer steilen Erhebung vor, gleichzeitig mit oder nach dem Karotispulse eine Welle auftreten, welche der Kammerstauungswelle vorangeht; es ist eine rückläufige, durch mangelhaften Trikuspidalverschluß entstehende Ventrikelpulswelle.

Volhard spricht: Über die Beziehungen von Herzblock zur Adams-Stokesschen Krankheit.

Volhard bespricht neun Fälle von Herzblock. Mit Ausnahme eines einzigen haben alle Dissoziation, d. h. die Kontraktionsreize gehen nicht mehr durch das seiner Leistungsfähigkeit beraubte Hissche Bündel auf die Kammern über, sondern Kammern und Vorhöfe schlagen unabhängig voneinander in verschiedenem Rhythmus. Das Morgagni-Adams-Stokessche Syndrom besteht aus Schwindel- und Ohnmachtsanfällen mit Pulsverlangsamung und ist nicht identisch mit Herzblock. Vier von den neun Fällen haben gar keine Anfälle gehabt. Bei drei Fällen sind die Ohnmachtsanfälle immer nur in der Zeit des Überganges von der gestörten Reizleitung zur Dissoziation aufgetreten. Bei einem Patienten besserten Vagusdruck und Digitalis, welche sonst zu Leitungsstörungen führen, die Überleitungen, während das sonst wirksame Atropin Dissoziation hervorrief, ebenso 10 gtt. Strophanthustinktur. Als Ursachen für die Adams-Stokesschen Anfälle kommen in Betracht: Übergang von unvollständigem zu vollständigem Blocke, Steigerung der Vorhoffrequenz bei Störung der Reizleitung, Vagusreizung, Sauerstoffmangel im Gehirn und endlich Block im Blocke, d. h. Reizleitungsstörung für die automatischen Kammerreize. Volhard bespricht auch die Möglichkeit eines angeborenen Bündeldefektes. Sehr gute Erfolge der Karellkur.



II. Sitzungsberichte.

K. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.

Originalbericht der „Medizinischen Blätter".

Sitzung vom 4. Dezember 1908.

Karl Josef Friedjung zeigt das vor 14 Tagen demonstrierte Kind mit Morbus Barlowi, das bereits nach Verabreichung eine antiskorbutischen Diät (rohe Kuhmilch mit Milchzuckerlösung und Apfelsinensaft) geheilt ist.

Heinrich Haase zeigt einen Säugling mit angeborener Hypoplasie des rechten Oberschenkels. Als Ätiologie kommen Zirkulationsstörungen oder Druckwirkung im fötalen Leben in Betracht.

Ludwig Teleky stellt zwei Frauen mit einer abnormen Lokalisation der Bleivergiftung vor. Die beiden Frauen sind Flaschenkapselputzerinnen. Die Lähmung betrifft hauptsächlich die Muskeln, die die Opposition des Daumens erzeugen.

Jakob Pál referiert über seine Versuche über die Wirkung des Hypophysisextraktes. Bei intravenöser Injektion des Hypophysisextraktes tritt eine kurzdauernde Blutdrucksenkung, dann eine starke Blutdrucksteigerung ein. Das Hypophysisextrakt wirkt gleichsinnig mit dem Adrenalin, bezüglich der Gefäßverhältnisse der Niere jedoch antagonistisch. Das Extrakt wirkt auf die Pupille des ausgeschnittenen Froschauges mydriatisch. Eine ähnliche Wirkung wie das Hypophysisextrakt hat auf die Gefäße das Pilokarpin, nur erweitert letzteres auch die Nierenarterie in ihrem ganzen Verlaufe.

Richard Bauer und Gustav Meier (Berlin): Zur Technik und klinischen Bedeutung der Wassermannschen Reaktion. Vortr. haben die Sera von 381 Pat. mit den verschiedenartigsten Krankheiten und von 28 sicher luetischen Fällen auf die Wassermannsche Reaktion geprüft. Von den ersteren reagierten 35 positiv; von diesen waren 31 Fälle sicher luetisch; 2 Fälle (Sepsis, Karzinom) zeigten komplette Eigenhemmung, in 2 Fällen konnte die Hemmung weder durch Lues noch durch Eigenhemmung erklärt werden. In Fällen von florider Lues tritt die Reaktion in 85% ein; der Prozentsatz ist geringer in Fällen, in denen die Infektion um viele Jahre zurückliegt. Die Reaktion ist auch in Fällen positiv, in denen Syphilis mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann besonders bei bestehender Kachexie. Von den 28 Kontrollfällen mit Lues war die Probe bei 25 positiv. Vortr. gelangen zu dem Schlusse, daß die Wassermannsche Reaktion verläßlich und für Syphilis charakteristisch ist mit Ausnahme der Lepra, bei welcher sie auch vorkommt. Die von Wassermann angegebene Versuchsanordnung muß strenge eingehalten werden.

Hans Salomon ist der Ansicht, daß die Spezifizität der Wassermannschen Reaktion bis jetzt noch nicht einwandfrei erwiesen sei.

Rudolf Kraus meint, daß zwar gegen die praktische Anwendung der Reaktion kein Einwand besteht, die theoretische Bedeutung derselben jedoch noch nicht geklärt sei.

Robert Porges weist darauf hin, daß bei fieberhaften Krankheiten, Diabetes, Tumoren und bei Tuberkulose eine Art von positiver Wassermannscher Reaktion vorkommt.

i. m.

Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien.

Innere Sektion.

Sitzung vom 19. November 1908.

Paul Albrecht demonstriert eine 37jährige Frau, bei welcher er wegen isolierter primärer Milztuberkulose die Splenektomie vorgenommen hat. Die Milz wog 1370 *g*, war reich an Bindegewebe und zeigte in ihrer ganzen Masse zerstreute miliare Tuberkelknötchen. Am ganzen übrigen Körper war kein tuberkulöser Prozeß zu finden.

Ludwig Schwarz berichtet über den Blutbefund des Falles. Vor der Operation fanden sich: Hämoglobin nach Fleischl 67, rote Blutkörperchen 4,500.000, Vermehrung der Übergangsformen der weißen Blutkörperchen auf 13%, Eosinophile 2%. Nach der Operation: Fleischl 65, rote Blutkörperchen unverändert, Übergangsformen 11%, esionophile 4%.

Siegfried Jonas stellt einen Fall von karzinomatösen Schrumpfmagen vor. Nach jeder Mahlzeit Erbrechen, worauf die Schmerzen aufhören. Seit einem Jahr Abmagerung. Undeutliche Resistenz in der Magengegend, im Mageninhalt fehlt freie Salzsäure, Milchsäure in Spuren. Das Röntgenbild ergibt sehr kleinen Magen, dessen Peristaltik herabgesetzt ist, Magenwand starr infiltriert.

Maximilian Weinberger führt in solchen Fällen vor der Röntgenuntersuchung eine mit Schrot gefüllte Sonde in den Magen ein. Bei normalem Magen dringt sie gegen den Pylorus vor, bei infiltriertem und verkleinertem Magen rollt sie sich nach links ein.

Hermann Schlesinger stellt einen 42jährigen Pat. mit Krämpfen als Initialsymptom der Tabes vor. Seit 5 Jahren krampfartige, sehr schmerzhafte Zuckungen in der rechten oberen Extremität, in Anfällen von zirka 6 Wochen, worauf eine Ruhepause von 4—8 Wochen folgt. Untersuchungsbefund: Verlust der Patellarreflexe und der Achillessehnenreflexe, Rhombergsches Phänomen. Da Pat. beim Stehen das rechte Bein durch übermäßige Belastung überangestrengt hat, könnte dieses Moment zur Erklärung der Lokalisation der Krämpfe herangezogen werden.

Moriz Biach stellt einen Fall von Augenkrisen bei Tabes vor. Es bestehen: lanzinierende Schmerzen, Parästhesien, Blasenstörungen, Argyl-Robertson, Romberg, seit kurzer Zeit auch Attacken von Lidkrampf mit stechenden Schmerzen im Auge, Rötung der Konjunktiva, reichlicher Tränensekretion und Lichtscheu. Augenhintergrund normal, die Korneal- und Konjunktivarefleke sind beiderseits herabgesetzt.

Rold stellt einen 41jährigen Faßbinder mit Bleivergiftung vor, deren Ätiologie trotz eifrigsten Nachforschens nicht zu eruieren ist. Es besteht Abmagerung, Anämie, typischer Pulsbefund, Bleisaum. Im Harn sind geringe Mengen von Blei, im Blute finden sich gekörnte rote Blutkörperchen. Das letztere Symptom, ein Zeichen der Bleiintoxikation, pflegt nicht immer vorhanden zu sein.

Ludwig Teleky teilt einige seltenere Quellen der Bleivergiftung mit, wie Kindertrompeten, Paprika (Verfälschung mit Minium), Trinkbecher, Schnuller, Bleibäder zum Härten von Eisen.

Richard Wiesner demonstriert das anatomische Präparat eines sackförmigen Aneurysmas der Arteria basilaris. Dieses sackförmige Aneurysma der A. basilaris hatte den Pons abgespaltet und die rechte Hälfte desselben sowie der Medulla oblongata deformiert.

Franz Chvostek macht Mitteilung über den klinischen Verlauf des Falles: die Pat., die früher gesund war, bekam am Anfang des Jahres Kopfschmerz, später Erbrechen und Schwindel, Verschlechterung des Hör- und Sehvermögens, Schlingbeschwerden, Doppeltsehen, Sprachstörung, schließlich Parese der rechten Körperhälfte, Lähmung des rechten Abduzens und Internus, Andeutung einer linkseitigen Abduzensparese, Parese des Gaumensegels, leichte Parese der linken Körperhälfte, Steigerung der Reflexe. Stauungspapille war nicht vorhanden. Die assoziierte Blicklähmung und die Affektion der motorischen Nerven bei Intaktheit der sensiblen sprach für einen Herd von Pons und dachte man an einen Tuberkel.

i. m.

Aus reichsdeutschen Gesellschaften.

Düms spricht über Handfertigkeits-Beschäftigungsstunden in Krankenhäusern. Vortragender berichtet über die Ergebnisse der von ihm seit zwei Jahren eingeführten Handfertigkeits-Beschäftigungsstunden. Angeregt wurde bei ihm der Gedanke durch die Erfahrung, wie schwer sich in Lazaretten Rekonvaleszenten und sonstige Kranke außer Bett selbsttätig zu beschäftigen verstehen. Eine Beschäf-



tigung und die dadurch herbeigeführte Ablenkung von ihrem Leiden gehört aber bei vielen Kranken direkt in den Heilplan. Zumal für die ständig zunehmende Zahl der nervösen Kranken, die auch in der Armee nicht mehr zu den Seltenheiten gehören, bedeutet die Arbeit und insbesondere die Freude an der Arbeit eine wertvolle Förderung ihrer Gesundung. Nicht minder gewinnen die Rekonvaleszenten von akuten Krankheiten in demselben Maße leichter das Vertrauen zu ihrer früheren Leistungsfähigkeit wieder, als sie Hand und Auge zu gebrauchen lernen. Eine ganz besondere Bedeutung aber haben die Handfertigkeits-Beschäftigungsstunden für jene Entzündungen und Verletzungen an den Armen, Händen und Fingern, die mit einem längeren Ausfall der Aktivität einhergehen. Hier kommt neben den mannigfachen natürlichen Bewegungen und Übungen bei der Handfertigkeitsbeschäftigung noch der Umstand fördernd hinzu, daß im Gegensatz zu den passiven medico-mechanischen Bewegungen der eigene Wunsch des Kranken den Antrieb abgibt. Gerade in den Militärlazaretten gibt es eine reichliche Anzahl von Kranken, die durch diese Art der Beschäftigung einer rascheren Heilung und Dienstfähigkeit wieder zugeführt werden können, da hier häufig nicht wie in den Zivilkrankenhäusern die Entlassung schon angängig ist, wenn die Kranken der ärztlichen Behandlung nicht mehr bedürfen. Der aus dem Lazarett zu entlassende Soldat muß gleich den vollen Anforderungen des Dienstes gewachsen sein. Natürlich ist die Auswahl zu den Beschäftigungsstunden, deren Teilnahme auch nur eine freiwillige sein kann, abhängig von der Entscheidung der behandelnden Ärzte. Der Vortragende hat zwecks Leitung und Beaufsichtigung bei den Arbeiten zunächst zwei Sanitätsunteroffiziere in dem hiesigen Lehrerseminar für Handfertigkeitsunterricht ausbilden lassen. Als Arbeiten wurden gewählt Papparbeiten, Holz-, Schnitz- und Schreinerarbeiten, zu welch letzteren auch eine Hobelbank notwendig war. Es wurden täglich zwei Stunden hierfür angesetzt, und zwar mittags von 2 bis 4 Uhr, in der warmen Jahreszeit später. Besondere Anziehung übten die Stunden auch deshalb aus, als alle Gegenstände, wie Briefmappen, Kammkästen, Bilderrahmen, Uhrgehäuse, Manschettenkästen, Nähzeugkästen und dergl. in den Besitz der Verfertiger übergingen.

III. Literatur.

Über abdominale Schmerzanfälle. Von Prof. Dr. L. Kuttner. Sammlung zwangloser Abhandlungen auf dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Herausgegeben von Prof. Albu, Berlin.

Bei der Bewertung abdominaler Schmerzanfälle werden außerordentlich häufig Fehler nach zwei Richtungen hin gemacht: entweder man mißt der Lokalisation der Schmerzen zu große Bedeutung bei und ist mit der Diagnose: Magen, Darm, Gallenstein, Ureterenkolik gleich bei der Hand oder man verfällt ins andere Extrem und diagnostiziert leichthin „nervöser Schmerzanfall". Ganz mit Recht hebt Kuttner hervor, wie vorsichtig man mit der Organdiagnose sein müsse, wie eigentlich bindende Schlüsse erst nach sorgfältiger Prüfung aller übrigen Begleiterscheinungen gezogen werden dürfen und daß die Diagnose „nervöser Schmerz", in vielen Fällen nur eine Verlegenheitsdiagnose sei. Allerdings werde auch manchmal eine organische Affektion angenommen, wo nur Hysterie oder Neurasthenie vorliege. Doch meint Kuttner beispielsweise inbezug auf das Ulkus — und dies kann vollinhaltlich unterschrieben werden — „jedenfalls ist man berechtigt die Regel aufzustellen, in zweifelhaften Fällen eher ein Ulkus anzunehmen als auszuschließen. Sicher werden die aus diesem Verhalten resultierenden Gefahren der Unterernährung ausgeglichen und mehr wie ausgeglichen durch den großen Nutzen, der den Kranken geleistet wird für den Fall, daß es sich tatsächlich um ein Magengeschwür handelt."

Bei Gastralgien müssen außer Ulkus und Karzinom differentialdiagnostisch gegen den nervösen Schmerz in besondere Erwägung gezogen werden: Diabetes, Arteriosklerose, gastrische Krisen bei Tabes (Blutdruck während des Anfalles oft bis 210 erhöht! Absinken des Druckes nach dem Anfalle; bei unsicherer Tabes sei die Wassermannsche Reaktion zu Hilfe zu nehmen), ferner reflektorische Schmerzen bei: Emphysema pulmonum und Mitralaffektionen, bei Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, ferner Gastralgien im Anschluß an Senkungen der Bauchorgane und bei Hernien. Schließlich müsse man sich auch hüten, Gastralgien mit Intercostal neuralgien zu verwechseln. Sehr schwierig gestalte sich in vielen Fällen die Differentialdiagnose zwischen Gastralgie und Gallensteinkolik, zumal Gallensteine in Kombination mit Magenerkrankungen gar nicht selten sind. Nebst anderen Begleiterscheinungen spreche wohl ein fühlbarer Tumor in der Gallenblasengegend am ehesten für Cholelithinsis und gegen Magenerkrankung (ulcus).

Cholelithiasis werde anderseits auch häufig mit Darmkolik verwechselt, die Unterscheidung sei auch dann nicht leicht, wenn der Fäzesbefund für Colitis spricht, da eine Kombination beider Krankheiten vorkomme. Gelegentlich biete auch die Differentialdiagnose zwischen Cholelithiasis und Appendizitis Schwierigkeit. Es sind Fälle beobachtet (und K. teilt einen solchen mit), in denen eine chronische Appendizitis jahrelang unter dem Bilde einer Gallensteinerkrankung verlief.

Nebst den von Magen, Darm und von der Gallenblase ausgehenden Koliken geben Erkrankungen der Niere die häufigste Veranlassung zu abdominalen Schmerzanfällen. In den typischen Fällen ist die Nierenkolik ausgezeichnet durch enorm heftige, von der Nierengegend den Ureter entlang nach derBlase und dem orificium urethrae ziehende Schmerzen, welche nach verschiedenen Richtungen hin, bei Männern besonders nach dem Hoden irradiieren. Gleichzeitig besteht heftiger Harndrang; dabei werden gewöhnlich nur wenige Tropfen eines konzentrierten, meist blutigen, sedimentreichen Urins entleert. Der Anfall ist in der Regel von schweren Allgemeinerscheinungen — Erbrechen, Schüttelfrost etc. — begleitet. Da aber die Anfälle nicht immer so typisch verlaufen, kommen Verwechslungen mit Appendizitis, ja selbst Ileus vor. Nicht selten ist die Entscheidung, ob es sich um Ureteren- oder Blasenkolik handelt, nicht leicht, doch pflegen bei Blasenerkrankungen die Schmerzen zunächst in der Blase aufzutreten und dann erst nierenwärts auszustrahlen.

In allen zweifelhaften Fällen müsse die Radiologie zu Rate gezogen werden.

Zum Schlusse bespricht K. noch die Pankreaskolik, deren Diagnose bislang noch immer auf große Schwierigkeiten stößt. Die Lektüre des 67 Seiten starken Büchleins, das zwar an und für sich nichts Neues, das Alte aber in mustergiltiger Weise kritisch gesichtet bringt, sei namentlich jenen praktischen Ärzten wärmstens empfohlen, die infolge mangelnder ausgedehnter Erfahrungen über Abdominalerkrankungen nur zu oft geneigt sind, dort eine Neurose anzunehmen, wo erst eine genaue Differentialdiagnose die wahre Ursache der Schmerzen aufzudecken imstande ist.

IV. Aus der Praxis.

Aperitol, ein schmerzlos wirkendes Abführmittel.

Die Abführmittel leiden bekanntlich vielfach an dem Übelstande, unangenehme Begleiterscheinungen wie Hyperämie des Darmes, Übelkeit, Diurese, ja, sogar entferntere Wirkungen auf das Zentralnervensystem und vor allem Leibschmerzen hervorzurufen. Zur Vermeidung dieser Nebenwirkungen verbanden die Verfasser das Phenolphtaleïn, als ein bewährtes Abführmittel, mit der als Sedativum erkannten Baldriansäure und fügten zur Verstärkung der Wirkung noch eine Acetylgruppe hinzu. Mit dem resultierenden Körper, dem Valeryl-Acetyl-Phenolphtaleïn, wurden von Hammer und Vieth in Heidelberg eingehende pharmakologische und physiologische Arbeiten ausgeführt, deren Ergebnisse zu einer Einführung des Präparats in die Therapie dringend ermutigten. Das „Aperitol" genannte Mittel wurde sowohl bei chronischer, wie



bei akuter einfacher und interkurrenter Obstipation, als auch bei Obstipation der Kinder angewendet und hat sich dabei als ein völlig unschädliches Abführmittel erwiesen, welches keinerlei unangenehme Nebenwirkungen, insonderheit keine Leibschmerzen oder Nierenreizungen hervorruft. Es kommt vorläufig in Form aromatisierter Bonbons zu je 0·2 g Valeryl-Acetyl-Phenolphtaleïn in den Handel; die gewöhnliche Dosis beträgt bei Kindern einen halben bis ganzen Bonbon, bei Erwachsenen in der Regel 2 Bonbons, worauf nach circa 4—12 Stunden eine einmalige (selten mehrmalige), reichliche breiige Entleerung stattfindet. (Medizinische Klinik 1908, Nr. 37).

Alkohol als Heilmittel. In der Eröffnungssitzung am Marischal College, Aberdeen, sprach Professor Finlay über den Alkohol und faßte am Schlusse seine Ausführungen zusammen in folgende Sätze: 1. Betrachte den Alkohol als eine sehr wirksame und gefährliche Droge und stelle ihn in die gleiche Kategorie wie Morphium, Strychnin, Atropin u. dgl. 2. Verschreibe ihn nicht schablonenhaft, laß Puls, Alter, vorausgegangene Gewohnheiten, Gesundheit und die Dauer und Schwere der in Frage kommenden Affektion maßgebend sein. 3. Junge Kranke von guter Konstitution sind besser daran ohne ihn, mit Ausnahme von Herzfehlern und Krisen irgend welcher Art. 4. Gebrauche möglichst die kleinsten Dosen und gib strikte Verhaltungsmaßregeln, Überwache sorgfältig den Effekt und laß sie wieder weg, wenn der kritische Zustand vorbei ist. 5. Sei besonders sparsam bei chronischen Krankheiten, wo er in den meisten Fällen nicht die geringste günstige Wirkung entfaltet.

V. Notizen.

Menschen- und Rindertuberkulose. Der Standpunkt Robert Kochs in der so überaus wichtigen Grundfrage, ob Menschentuberkulose und Rindertuberkulose (Perlsucht) in ihren pathogenethischen Ursachen vollkommen gleich seien oder nicht, und ob daher die letztere auf den Menschen übertragen werden kann, ist folgender: Herr Professor Dr. Pannwitz veröffentlicht die von unserem großen Biologen auf dem jüngsten Washingtoner Kongreß aufgestellten und von ihm dann noch nachgeprüften Schlußsätze, die also lauten: 1. Koch steht nach wie vor auf dem von ihm in London 1901 vertretenen Standpunkte, daß die Rindertuberkulose auf den Menschen zwar übertragbar sei, daß aber schwere Erkrankungen durch dieselbe sehr selten hervorgerufen würden. 2. Koch behauptet — und niemand konnte in Washington diese Behauptung widerlegen —, daß die Lungentuberkulose des Menschen, welche den Hauptangriffspunkt für alle Maßnahmen der Tuberkulosebekämpfung bildet, nicht durch den Bazillus der Rindertuberkulose, sondern durch den Bazillus der Menschentuberkulose verursacht wird. 3. Koch will die Maßnahmen, welche der Bekämpfung der Menschentuberkulose dienen, dieser Tatsache angepaßt wissen und nicht die Blicke von dem Hauptangriffspunkt abgelenkt sehen. 4. Koch wendet sich deshalb dagegen, daß man die aus landwirtschaftlichen und ökonomischen Gründen gewiß notwendige Bekämpfung der Rindertuberkulose ohne Not mit derjenigen der Menschentuberkulose verquicken will. 5. Koch hat selbstverständlich sich niemals gegen Maßnahmen ausgesprochen, welche die Versorgung mit Milch und Milchprodukten betreffen, die keimfrei sind oder freigemacht werden, schon aus dem Grunde, weil durch infizierte Milch mancherlei Krankheiten, wie Typhus usw. übertragen werden können. Er wendet sich nur dagegen, daß diese an sich nützlichen Maßnahmen bei der Bekämpfung der Tuberkulose in den Vordergrund gestellt werden. Dabei weist er darauf hin, daß ja auch die bisherigen Maßnahmen, wie Sanatorien, Tuberkulosehospitäler, Verbesserung der Wohnungen, Spuckverbot usw. gegen die Verbreitung der menschlichen Tuberkelbazillen gerichtet sind und schon recht beträchtliche Erfolge gezeitigt haben. 6. Koch hält zum weiteren Beweise der Richtigkeit seiner Behauptungen ausgedehnte Untersuchungen nach den von ihm aufgestellten Bedingungen für erforderlich. 7. Die Robert Koch-Stiftung soll unter anderem diesen außerordentlich wichtigen umfangreichen Untersuchungen dienen. Koch hofft, daß ihr die nötigen großen Mittel zugeführt werden, damit nicht etwa bloß Beihilfen an einzelne Forscher gegeben, sondern an geeigneten Orten vollwertige selbständige Einrichtungen für Tuberkuloseforschungen ins Leben gerufen werden können.



Pränumerations-Einladung.

Wir laden hiemit die Herren Ärzte zum Abonnement des

„Medicinisch-Chirurgischen Centralblatt"

oder der

„Medicinischen Blätter"

herausgegeben von

Universitätsprofessor Dr. S. Klein u. Dr. J. Meisels

ein und bitten um baldige Erneuerung des Abonnements, damit keine Verzögerung in der Zusendung eintrete.

Der ganzjährige Bezugspreis beträgt pro Blatt für Österreich-Ungarn K 20, halbjährig K 10; für Deutschland ganzjährig Mk. 20; für die Länder des Weltpostvereines ganzjährig Frcs. 25.



Arhovin

in der Therapie der
Gonorrhoe, Cystitis, Pyelitis, Bakteriurie
ist eingeführt in ersten **Universitätskliniken, Krankenhäusern, Militärlazaretten,** zahlreichen **Privatkliniken** und **Sanatorien.**

Im ständigen Gebrauch einer grossen Zahl der hervorragendsten Urologen.

Über die Wirkungsweise des Arhovins haben sich unter vielen anderen folgende Autoren geäussert:

Professor S. Wyllis Bandler, New-York in seinen **Medical Gynekology** (W. B. Sanndres Company, New-York 1908) äußert sich wie folgt:

Akuter weiblicher Tripper. „Von den inneren Tripper-Heilmitteln wird Arhovin als frei von den nachteiligen Wirkungen der Balsame erachtet. — Arhovin, innerlich angewandt, ist empfohlen bei Entzündungen der Harnröhre, verbunden mit Schmerzen beim Urinieren und bei Cystitis. In chronischen Fällen verschafft es zuweilen große Erleichterung. — Arhovin säuert den alkalischen Harn, selbst wenn er schon in ammoniakalische Gärung übergegangen ist; es wirkt sedativ und anästhesierend und belästigt nicht den Magen. Es werden täglich 6—12 Kapseln á 0.25 g verabreicht.“

Professor A. L. Wolbast, New-York, sagt über den chronischen Tripper **(Internationale Zeitschrift für Chirugie, September 1908):**

„Ich habe letzhin Experimente mit Arhovin gemacht und finde, daß es schmerzlindernd wirkt und auch für den empfindlichsten Magen leicht annehmbar ist.“

Fortschritte der Medizin, Nr. 4, 08. **Arhovin** als internes Antigonorrhoicum bei der Gonorrhoe des Mannes von Dr. M. Dreysel, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Leipzig:

„Die Azidität des Urins wird durch Arhovin entschieden verstärkt. Die Trübung wurde auch meist in recht günstiger Weise beeinflußt, in wenigen Fällen trat auch bei starker Trübung und schweren Entzündungserscheinungen überraschend schnell völlige Klärung ein. Je weniger die Prostata am Entzündungsprozeß beteiligt war, um so eher läßt sich auf Klärung des Urins rechnen.“

„Arhovin ist ein sehr gutes Adjuvans in der Gonorrhoetherapie, das ausgezeichnet vertragen wird, das neben der Lokalbehandlung möglichst frühzeitig angewandt, die Beschwerden lindert, das Auftreten von Komplikationen erschwert, das bei Erkankung der hinteren Harnwege vielfach Heilung herbeiführt und zwar um so sicherer, je frischer, je weniger intensiv die Entzündung, und je weniger eine Beteiligung der Prostata vorhanden ist.“

Die Hauptwirkung des Arhovins ist nach meiner Ansicht eine sekretionshemmende und schmerzlindernde, indem der Ausfluß geringer wird, die Schmerzen beim Urinlassen schwinden und der anfänglich trübe Urin sich klärt. (Professor Nagel-Berlin.)

Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 16, 08. Aus dem Garnisonlazarett Würzburg. **Ein Beitrag zur internen Arhovinbehandlung bei der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes.** Vom Oberstabsarzt Dr. Knauth.

„Arhovin wurde in allen Fällen auch bei Leuten mit etwas empfindlichem Magen gut vertragen, über Beschwerden seitens der Verdauungswerkzeuge wurde nie geklagt. Hautexantheme oder Nierenreizungen machten sich niemals bemerklich. Das Arhovin erwies sich somit als absolut unschädlich.

Im akutesten Stadium wurden die lästigen und mitunter äußerst qualvollen Beschwerden wie z. B. der Harndrang, das Brenngefühl beim Harnlassen, die schmerzhaften Erektionen außerordentlich günstig beeinflußt. Sie pflegten gewöhnlich schon in der ersten Nacht sich zu mildern und längstens am dritten Tage des Lazarettaufenthaltes endgiltig zu verschwinden; rasches Abklingen nicht nur des akutesten entzündlichen Stadiums, sondern auch Verkürzung des ferneren Heilverlaufs machte sich fast durchgehends bemerklich.“

Was leistet Arhovin?

1. Arhovin erhöht die Azidität des Urins und trägt zur Klärung desselben bei.
2. Es beschränkt die Sekretion und wirkt hemmend auf die Entwicklung der Bakterien in spez. Gonokokken (s. Deutsche med. Wochensch. Nr. 25, 1906. Dr. Piorkowski).
3. Es wirkt anästhesierend auf die ganze Urogenitalsphäre; es beseitigt das Brennen beim Urinieren und die schmerzhaften Erektionen.

Welche Vorteile bietet das Arhovin?

(neben einer lokalen Therapie*).

1. Die Schmerzen, welche häufig die lokale Behandlung hervorruft, werden durch Arhovin gelindert.
2. Arhovin macht die Schleimhaut des Urogenitaltraktus für die Entwicklung der Gonokokken ungeeigneter und trägt dazu bei, ein Übergreifen des Prozesses auf die hintere Harnröhre zu verhüten, daher Komplikationen zu vermeiden.
3. Eine Reihe von Autoren haben den Eindruck gewonnen, daß unter Arhovindarreichung gonorrhoische Gelenkaffektionen und Endokarditiden seltener auftraten.
4. Das Allgemeinbefinden der Patienten wird bei Arhovindarreichung durch Ausschaltung schmerzhafter Sensationen gehoben und dadurch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erhöht.
5. Der bei den Balsamicis so unangenehme halor ex ore (welcher den Betreffenden als Tripperkranken verrät) tritt bei Arhovin auch in höchsten Dosen nicht auf.
6. Archovin kann jederzeit, auch bei schwachem Magen gegeben werden, sogar wenn der Magen durch Verabreichung anderer Medikamente erkrankt war.

Indikationen:

Akute und chronische **Urethritis gonorrhoica** anterior et posterior, **Prostatitis** acuta et chronica.

Cystitis et **Pyelitis** gonorrhoica et nongonorrhoica.

Encometritis, Colpitis, Vulvitis gonorrhoica.

Ordinationen:

Rp.

1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0.25 g) à 30 Stück = 2 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0.25 g) à 50 Stück = 3 Mk.
1 Originalschachtel Arhovinkapseln (à 0.25 g) à 15 Stück = 1 Mk. (für Kassen).

Dosierung: Drei bis sechsmal täglich ein bis zwei Kapseln.

Von vielen Urologen und Gynaekologen werden gern verordnet, da sie für die Patienten sehr bequem sind:

Bacilli Arhovini à 0.05 g
1 Originalschachtel à 10 Stück = 1.50 Mk.
1 Originalschachtel à 20 Stück = 2.50 Mk.
2—3 mal täglich 1 Stück einzuführen (männl. oder weibl. Urethra).

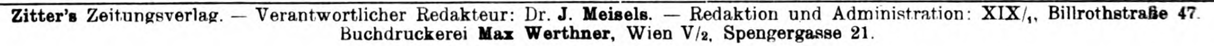
Globuli Arhovini à 0.1 g
1 Originalschachtel à 10 Stück = 1.50 Mk.
1 Originalschachtel à 20 Stück = 2.50 Mk.
2—3 mal täglich 1 Stück einzuführen (für die Vagina, auch für den Darm).

Suppositoria Arhovini:
12 Stück à 0.15 = 3.00 Mk.
3—4 mal täglich 1 Stück einzuführen.

*) Lokale Therapie: In vielen Fällen, häufig auch da, wo sonst gebräuchliche Mittel im Stiche lassen, wird wegen ihrer Reizlosigkeit mit sehr gutem Erfolg (siehe Literatur) die Arhovin-Ölinjektion verwendet: Rp. Arhovin 2.00 Ol. Olivar. 100.0 S. 2×3 mal täglich eine Spritze.

Ausführliche Literatur steht den Herren Ärzten zu Diensten.

Chemisches Institut Dr. HOROWITZ, Berlin N. 24.


Zitter's Zeitungsverlag. — Verantwortlicher Redakteur: Dr. J. Meisels. — Redaktion und Administration: XIX/1, Billrothstraße 47.
Buchdruckerei Max Werthner, Wien V/2, Spengergasse 21.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07999 8343

